



الجسد لا ينسى

دور الدماغ والعقل والجسد في التعافي من الصدمات النفسية



تأليف

د. بيسل ڤان دِر كولك

ترجمة

عِصام الدّين سامي

الجسد لاينسى

دور الدماغ والعقل والجسد

في التعافي من الصدمات

تأليف

بيسل ڤان در كولك

ترجمة

عصام الدين سامي



الكتـــــاب: الجسد لا ينسى
دور الدماغ والعقل والجسد في التعافي من الصدمات.
تـــــأليف: بيسل فان در كولك
ترجمة: عصام الدين سامي
عدد الصفحات: ٦٤٨ صفحة.
سنة الطبـــاعة: ١٤٤٢هـ / ٢٠٢١م
بـلد الطبـاعـة: مصر
الطبعـــــة: الثانية.



عالم الأدب للترجمة والنشر
مؤسسة عربية تعتني بنشر النصوص المترجمة والعربية
في مجالات الثقافة العامة والأدب والعلوم الإنسانية

البريد الإلكتروني: info@aalamaladab.com
الموقع: www.aalamaladab.com

الفهرسة أثناء النشر - إعداد دار عالم الأدب
كولك/ فان در
الجسد لا ينسى، بيسل فان در كولك (مؤلف).
648 صفحة.
17x24 سم
١. الجسد لا ينسى
ISBN: 978-977-85926-0-3
رقم الإيداع: 2021/13939 م





الجسد لاينسى

دور الدماغ والعقل والجسد

في التعافي من الصدمات



المحتويات

الموضوع	الصفحة

مما مُدِحَ به..
«الجسد لا ينسى»

«هذا الكتاب إنجاز مذهل؛ يتميز بمنظور متجذر في الرحمة والتعاطف والبصيرة، ويبشرنا بأنسنةٍ أعمق في علاج الصدمات، كما يوسع آفاق خياراتهم العلاجية والممارسات الشفائية المنظَّمة للذات، ويستثير المزيد من التفكير الإبداعي والبحوث العلمية حول الصدمات والسبل الناجعة لعلاجها. إنني لأعتبره نسمة منعشة من الإمكانات في عالم العلاج النفسي؛ لقد اقتدر «ڤان در كولك» علىٰ تبيين أن «الجسد لا ينسىٰ» من خلال وصف جهود الآخرين ومسيرته الرائدة، وخبراته أثناء تطور المجال وتطوره هو معه، وفوق كل شيء اكتشافه الطرائق الماهرة في التعامل مع الناس المستمدة من استجلاب اليقظة الذهنية إلىٰ الجسم (وكذلك إلىٰ أفكارهم وعواطفهم) عن طريق اليوغا، والحركة، والمسرح».

- **جون كابات زين** Jon Kabat-Zinn: أستاذ متفرغ بـ «كلية طب يو ماس» UMass Medical School؛ ومؤلف كتاب «حياة محفوفة بالكوارث» Full Catastrophe Living.

«سوف يشكل هذا الكتاب الاستثنائي نموذجًا للفكر النفساني الحديث؛ إذ لا يمكن فهم آثار التجارب الساحقة إلا بتكامل عديد من الميادين العلمية المختلفة -كعلم الأعصاب، والسيكوباثولوجيا النمائية، والنيوروبيولوجيا التفاعلية (العلائقية)-، وهذا ما نجده في هذا الجهد الفريد؛ ولم يسبق أن قام مؤلِّف آخر في ميدان الكرب الصدمي باستخلاص عصارة هذه المجالات بمثل هذا المنظور

التاريخي والإكلينيكي الثري، ولا وصل إلىٰ مثل هذه المقاربات العلاجية الإبداعية. كما أن اتسام هذا العمل بوضوح الرؤية واتساع الحكمة إلىٰ جانب سهولة الفهم والاستيعاب لهو أمر رائع وفريد؛ لذا يعتبر هذا الكتاب ورقة ضرورية لأي شخص مهتم بفهم الكرب الصدمي وعلاجه ونطاق تأثيره علىٰ المجتمع».

- **ألكساندر مكفارلين** Alexander McFarlane: مدير «مركز دراسات الكرب الصدمي» Centre for Traumatic Stress Studies، بجامعة أديلايد، جنوب أستراليا.

يُعَدّ «الجسد لا ينسىٰ» مَعْلَمًا هامًّا قام به أحد الرواد البارزين في أبحاث الصدمات وعلاجها، وتكمن أهمية هذا الكتابِ في صهره علم الأعصاب المتطور مع الموجة النامية المتمثلة في الأساليبِ العلاجية الموجَّهَة للجسد وممارسات العقل/الجسد العتيقة؛ إذ تقوم هذه المقاربات الجديدة والأساليب القديمة بتشييد المرونة وتعزيز القدرة علىٰ المرور بخبرات جسدية (داخلية) جديدة تتعارض مع الخبرات الصدمية السابقة المتمثلة في الخوف، والانسحاق، والعجز؛ كما تقطع شوطًا أكبر من تلطيف الأعراض؛ إذ تَصِلُنا بطاقتنا الحيوية وبحضورنا في الـ «هنا والآن». فهذا كتاب يجب أن يقرأه جميع المعالجين النفسيين والمهتمين بقراءةكتاب علمي ورصين عن القوىٰ الشديدة التي تؤثر علينا نحن البشر عند مواجهة تحديات الحياة العديدة؛ بما في ذلك الحوادث، والفقد، والانتهاك.

- **بيتر ليڤين** Peter Levine: دكتوراة، مبتكر علاج «الخَبْر الجسماني» Somatic Experiencing ومؤلف كتاب «بصوتٍ خفي: كيف يتحرر الجسد من الصدمة ويسترد طيبته» How the Body Releases Trauma and Restores Goodness.

«إن هذا لإنجاز مذهل من عالم الأعصاب ذي الفضل الأكبر في الثورة المعاصرة في ميدان الصحة النفسية، تلك الثورة الهادفة إلىٰ إدراك أن الكثير من المشاكل النفسية إنما هي نتاج الصدمة. وبكتابته المقنعة وروايته الماهرة يعيد «ڤان در كولك» زيارة رحلة الاكتشاف المدهشة التي خاضها والتي تحدَّت الآراء الراسخة في ميدان الطب النفسي؛ ويتخلل ذلك السردَ وصفٌ واضح وسهل

لنيوروبيولوجيا الصدمة؛ وتفسيرات لعقم المقاربات التقليدية في علاج الصدمات؛ ومقدمات للمقاربات التي تصطحب المرضىٰ في رحلة تتجاوز عقولهم المعرفية/ الإدراكية إلىٰ شفاء الأجزاء التي ظلت متجمدة في الماضي؛ كما يتم إيضاح كل ذلك من خلال التواريخ الدرامية للحالات مع دعمها بالأبحاث المقنعة. هذا كتاب فاصل سوف نتذكره فيما بعد بكونه المؤلَّف الذي قلب الموازين داخل الطب النفسي والثقافة بشكل عام نحو التعرف علىٰ ضريبة الأحداث الصدمية ومحاولاتنا لإنكار أثرها علينا جميعًا».

ريتشارد شڤارتز Richard Schwartz: مؤسس علاج «أنظمة الأسرة الداخلية» **Internal Family Systems**.

«الجسد لا ينسىٰ» كتابٌ بَيِّنٌ، مذهل، ولذيذ، ومليء بالدراسات القوية للحالات؛ يقوم فيه «ڤان در كولك» الرائد الجليل في علاج الصدمات -الذي أمضىٰ حياته المهنية في الجمع بين علماء الصدمة وأطبائها وأفكارهم المتنوعة، وتقديمه إلىٰ جانب ذلك مساهماته المحورية الخاصة-، يقوم بوصف ما يمكن أن نزعم أنه أهم سلسلة من التطورات الباهرة في مجال الصحة النفسية علىٰ مدار الثلاثين سنة الماضية. لقد علمنا أن الصدمة النفسية تُشظِّي الذهن؛ وهنا نرىٰ كيف أن الصدمة النفسية لا تؤدي فقط إلىٰ قطع الاتصالات داخل الدماغ أيضًا، بل تقطع أيضًا الاتصالات بين العقل والجسم؛ كما نتعرف علىٰ المقاربات الجديدة المثيرة التي تمكن المصابين بأشد ألوان الصدمات من إعادة تجميع تلك الأجزاء».

- **نورمان دويدج Norman Doidge**: مؤلف كتاب «الدماغ وكيف يطور بنيته وأداءه» **The Brain That Changes Itself**.

في «الجسد لا ينسىٰ» نشارك المؤلف رحلته الجسورة إلىٰ العوالم التفارقية الموازية الموجودة لدىٰ ضحايا الصدمات وإلىٰ الممارسات الطبية والنفسية الهادفة إلىٰ بلوغ الارتياح؛ ونتعلم في هذا الكتاب المقنع أنه رغم سعينا الذهني الشديد إلىٰ نبذ الصدمة وراء ظهورنا إلا أن أجسادنا تبقينا محبوسين في الماضي

برفقة العواطف والمشاعر البكماء؛ ثم يتفاقم هذا الانفصال الداخلي مسفرًا عن تمزق في العلاقات الاجتماعية مع آثار كارثية علىٰ الزواج، والعائلة، والصداقة؛ لكن «ڤان در كولك» يمنحنا الأمل بوصفه العلاجات والاستراتيجيات التي نجحت في مساعدة مرضاه علىٰ إعادة اتصال أفكارهم بأجسادهم؛ لنخرج من هذه الرحلة المشتركة مستوعبين أنه بتعزيز وعينا الذاتي واكتساب الحس الداخلي بالأمان فسنختبر ثراء الحياة اختبارًا تامًا.

- **ستيفن بورجيس** Stephen W. Porges: أ. د. الطب النفسي، جامعة نورث كارولينا؛ ومؤلف: «نظرية المبهم المتعدد: أسس الفيزيولوجيا العصبية للانفعالات، والتعلق، والتواصل، والتنظيم الذاتي»

The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation

«لقد بلغ «بيسل ڤان در كولك» درجة لا مثيل لها في توليف التطورات المذهلة في ميدان الصدمة النفسية علىٰ مدىٰ العقود القليلة الماضية؛ ولا نستطيع إنكار فضله الجزئي في أن الصدمات النفسية -المتراوحة من الانتهاك والإهمال المزمنَين في الطفولة إلىٰ الصدمات الحربية والكوارث الطبيعية- صار يُعترف الآن بأنها سبب رئيسي للانهيار الفردي، والاجتماعي، والثقافي. في هذا الإنجاز المذهل المتقَن البيِّن الجذاب يصطحبنا ڤان در كولك -نحن المتخصصين والجمهور العام- في رحلته الشخصية ويعرض ما تعلمه من أبحاثه، ومن زملائه وطلابه، والأهم من ذلك كله من مرضاه؛ ويمكنني القول إن «الجسد لا ينسىٰ» هو السهل الممتنع».

- **أونو فان دير هارت** Onno van der Hart: دكتوراة، من جامعة أوتريخت، هولندا؛ مؤلف رئيسي للورقة البحثية: «الذات المختَطَفة: التفارق البنيوي وعلاج الانصدام المزمن».

The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization

«يقوم «الجسد لا ينسىٰ» بتبيين أساليب علاجية جديدة وأفضل للكرب السام معتمدًا علىٰ الفهم العميق لتأثيرات الصدمة علىٰ نماء الدماغ وأنظمة التعلق؛ فهو يوفر ملخصًا لما هو معلوم حاليًا عن آثار الصدمات علىٰ الأفراد والمجتمعات، ثم يقدم الإمكانات الشفائية الخاصة بكلٍّ من الأساليب القديمة والجديدة لمساعدة الأطفال والراشدين المصدومين علىٰ الانخراط التام في الحاضر».

- **جيسيكا ستيرن Jessica Stern**: مستشارة في السياسات المتعلقة بالإرهاب؛ ومؤلفة كتاب «الإنكار: مذكرات الرعب» Denial: A Memoir of Terror.

«هذا كتاب عن فهم تأثير الصدمة بقلم أحد الرواد الحقيقيين في هذا الميدان، وإنه لمؤلَّف نادر يدمج بين أحدث تطورات علم الأعصاب وبين الحكمة وفهم خبرة الصدمة ومعناها، للأشخاص الذين يعانون منها. هذا الكتاب -مثل مؤلفه- متسم بالحكمة والرحمة، أحيانًا ما يكون مستفزًّا، لكن كل فقرة منه مثيرة للاهتمام».

- **جلين ساكس Glenn N. Saxe**: أستاذ ورئيس قسم «الطب النفسي للأطفال والمراهقين» بكلية طب جامعة نيويورك؛ ومدير «مركز جامعة نيويورك لدراسات الطفل» NYU Child Study Center.

«إنه استكشاف رائع لمجموعة واسعة من الأساليب العلاجية؛ يُظهر للقراء كيفية تولِّي مسؤولية عملية الشفاء، واكتساب حس الأمان، والعثور علىٰ مخرجهم من مستنقع المعاناة».

- **فرانسين شابيرو Francine Shapiro**: دكتوراة في علم النفس الإكلينيكي، ومؤسسة علاج «إعادة المعالجة الذكروية» EMDR؛ وكبير باحثين بـ «المعهد الفخري للبحوث النفسية» Emeritus Mental Research Institute?؛ ومؤلفة كتاب «تجاوز ماضيك» Getting Past Your Past

«بكوني باحثًا في ميدان التعلق، أعلم أن الرُضَّع كائناتٌ سَيْكُوبيولوجية؛ أنهم متألفون من الجسد والدماغ علىٰ حد سواء. وأن الأطفال حين لا يجدون لغة ولا رموزًا يستخدمون كل واحد من أنظمتهم البيولوجية لاصطناع معنىً لذاتهم

فيما يتعلق بعالم الأشياء والأشخاص، ثم يوضح «ڤان در كولك» أن هذه الأنظمة نفسها تواصل العمل في كل مرحلة عمرية، وأن الخبرات الصدمية -وخاصة الخبرات السامة المزمنة أثناء النماء المبكر- تسفر عن دمار نفسي؛ ومن خلال هذا الفهم العميق يقدم البصيرة والإرشاد لكلٍّ من الناجين، والباحثين، والأطباء علىٰ حد سواء. قد يركز «بيسل ڤان در كولك» علىٰ الجسد والصدمة، لكن يا لروعة عقله الذي ألف الكتاب».

- **إيد ترونيك** Ed Tronick: أستاذ بارز بـ «جامعة ماساتشوستس، بوسطن»؛ ومؤلف كتاب «السلوك العصبي والنماء الوجداني الاجتماعي لدىٰ الرُّضَّع والأطفال الصغار»

Neurobehavior and Social Emotional Development of Infants and Young Children

«بأسلوبه البليغ، يوضح «الجسد لا ينسىٰ» كيف تؤثر التجارب الساحقة علىٰ نماء الدماغ، والعقل، والوعي بالجسد، وكلها أمور متشابكة تشابكًا وثيقًا؛ وكيف تؤثر الانحرافات الناتجة تأثيرًا عميقًا علىٰ القدرة علىٰ الحب والعمل. هذا المزج الغني بين أمثلة الحالات الإكلينيكية وبين الدراسات العلمية الرائدة يمنحنا فهمًا جديدًا للصدمة، والذي يؤدي حتمًا إلىٰ استكشاف مقاربات علاجية جديدة «تعيد تصميم الدوائر الكهربية» في الدماغ، ويساعد المصدومين علىٰ إعادة الانخراط في الحاضر. سيوفر هذا الكتاب للمصدومين إرشادًا في تشافيهم وسيغير للأبد طريقة نظر الأخصائيين والأطباء النفسيين للصدمة والتعافي».

- **روث لانيوس** Ruth A. Lanius: أستاذ الطب النفسي ومديرة أبحاث اضطراب الكرب التالي للصدمة بـ «جامعة ويسترن أونتاريو»؛ ومؤلفة كتاب «أثر صدمات باكورة الحياة علىٰ الصحة والمرض»

The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease.

«في هذا الكتاب الرائع يصطحب «بيسل ڤان در كولك» القارئ في رحلة آسرة مليئة بقصص المرضىٰ ونضالاتهم الجذابة؛ وبكلمات هذا الراوي الموهوب يصير التاريخ، وعلم الأعصاب، والبحث العلمي أمورًا يسيرة الفهم والاستيعاب.

يطلعنا هذا الكتاب علىٰ الجهود الجسورة التي بذلها المؤلف علىٰ مدار الأربعين عامًا الماضية في سبيل فهم الصدمة وعلاجها، والتي فتحت نتائجها آفاقًا جديدة وتحدَّت الوضع الراهن للطب النفسي والعلاج النفسي؛ فنخرج من «الجسد لا ينسىٰ» مع تقدير عميق للصدمة واستيعاب لآثارها المنهكة، إلىٰ جانب الأمل المستمد من الأوصاف الرائعة للمقاربات الحديثة في العلاج. يُعتبر هذا المؤلَّف الرائع ورقة ضرورية للغاية ليس فقط للمعالجين بل لكل الساعين إلىٰ فهم المعاناة الهائلة التي تسببها الصدمة، أو الوقاية منها، أو علاجها».

- **بات أوجدين** Pat Ogden: المؤسس والمدير التعليمي لـ «معهد سِنسُوري موتور للعلاج النفسي» Sensorimotor Psychotherapy Institute؛ ومؤلفة كتاب «العلاج النفسي الحسي الحركي: التدخلات في ميدان الصدمة والتعلق»

Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment

«عندما يتعلق الأمر بفهم تأثير الصدمة والاقتدار علىٰ الاستمرار في النمو رغم تجارب الحياة الساحقة، يقوم «بيسل ڤان در كولك» بتمهيد الطريق لنا مستخدمًا معارفه الموسوعية، وشجاعته الإكلينيكية، واستراتيجياته الإبداعية في سبيل مساعدتنا علىٰ الشفاء. يمكنني القول أن «الجسد لا ينسىٰ» عبارة عن عرضٍ متطور يعين القارئ العام علىٰ استيعاب الآثار المعقَّدة للصدمة، ودليلٍ لمجموعة واسعة من المقاربات المستنيرة علميًّا، ليس لمجرد تخفيف المعاناة بل أيضًا لتجاوز البقاء المحض؛ إلىٰ الازدهار».

- **دانيال سيجل** Daniel J. Siegel: أستاذ إكلينيكي بكلية طب جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس UCLA؛ ومؤلف الكتب الآتية:

* «العصف الذهني: قوة دماغ المراهقين وغرضه»

Brainstorm: The Power and Purpose of the Teenage Brain

* «الوجهة الذهنية: العلم الجديد لميدان التحول الشخصي»

Mindsight The New Science of Personal Transformation

* «العقل النامي: كيف يتفاعل الدماغ مع العلاقات لتشكيل كينونتنا»

The Developing Mind: How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are

«هذا الكتاب منحوتة إبداعية من عمق الفهم والشجاعة، وهو أحد أكثر الأعمال التي قرأتها عن الصدمات ذكاءً ونفعًا على الإطلاق؛ يقدم فيه د. «فان در كولك» توليفةً رائعة تمزج بين الحالات الإكلينيكية، وعلم الأعصاب، والأدوات القوية، والإنسانية الرؤوفة، مما يوفر مستوىً جديدًا تمامًا للتشافي من الصدمات التي يحملها الكثيرون منا».

- **جاك كورنفيلد** **Jack Kornfield**: مؤلف كتاب «طريق مع القلب»

A Path with Heart

إهداء المترجم

إلى أمي،

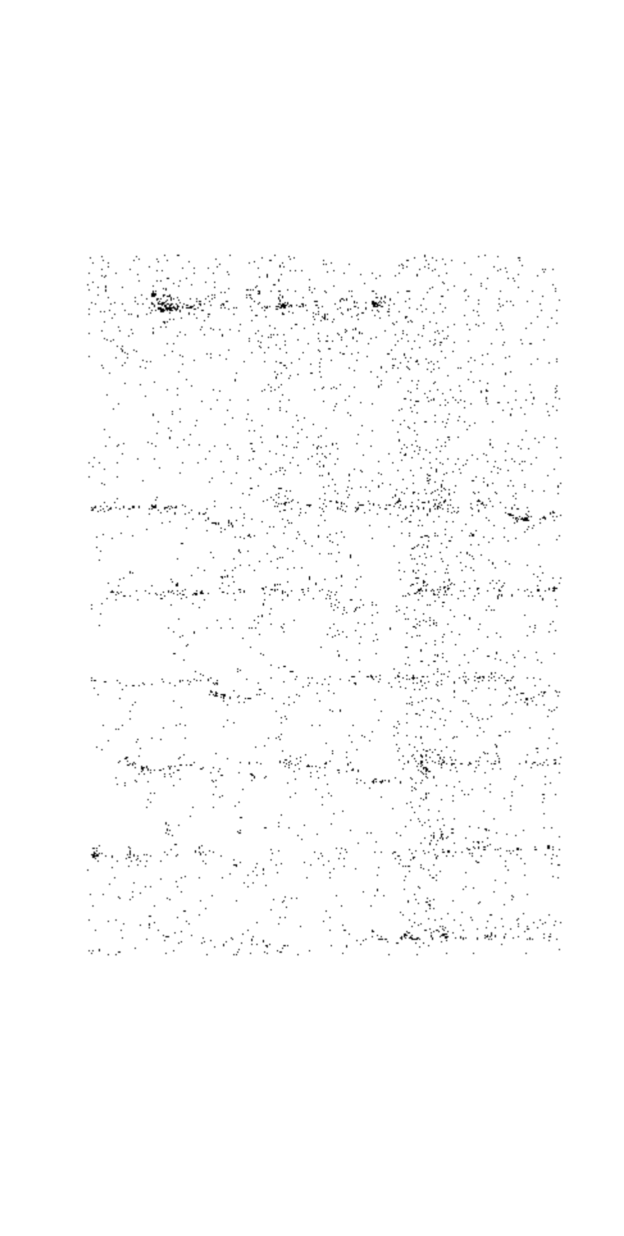
التي ضَحَّت حتى اهتديت؛

إلى أبي،

الذي اصطبر حتى وصلت؛

إلى مُعَلِّمِي الناس الخير،

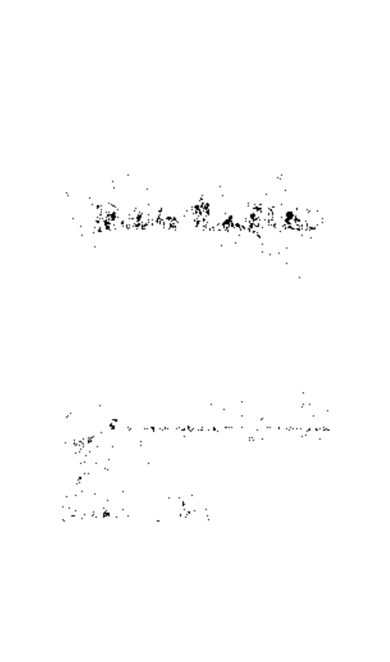
الذين أحيوني بعد ممات.



إهداء المؤلف

إلـــــى مـــــرضـــــاي،

الذين لم ينسوا، وكانوا كتابي المرجعي.



مقدمة المترجم

«الكتاب الملهم هو الذي يضيء لك جنبات عقلك المعتمة، ويلمس زوايا قلبك المهملة، ويجيب عن تساؤلاتك الحائرة، ويجلّي لك تصوراتك المبهمة، ويُبين عن مشاعرك الغائرة، ويؤنس وحدتك الصامتة، ويمدك بمساحات جديدة لم يسرح بها خاطرك يومًا».

عبيد الظاهري

الحمد لله رب العالمين، والصلاة والسلام علىٰ المبعوث رحمة للعالمين، أما بعد:

فحين بدأت في دراسة الطب، أدهشني أن معظم الأمراض الكبرىٰ المزمنة ما زالت مجهولة السبب، كارتفاع ضغط الدم، والسُكَّرِيّ، والسرطان، وأمراض المفاصل، والصرع، واضطرابات الجهاز المناعي المختلفة، علىٰ الرغم من هذا التطور الطبي والتقني الهائل الذي بلغناه. أجل، هناك بعض العوامل التي تلعب دورًا هامًا في نشأة هذه الأمراض، كالجينات مثلًا، لكننا لا نعلم السبب الجوهري علىٰ وجه اليقين. كما شعرت ببعض الإحباط من أن محاولات الطب لمداواة تلك الأمراض لم تقدم علاجًا شافيًا في معظم الأحيان، بل أقصىٰ ما استطاعت فعله هو كبح الأعراض لا غير، إلا في بعض الحالات القليلة، حين تكون تلك الأمراض ناتجة عن مرض آخر أَوَّليّ، وحين نعالجه يزول المرض التابع. فقط لو نستطيع العثور علىٰ السبب، حينئذ لن نقدر فحسب علىٰ الشفاء منها أخيرًا، بل سنتمكن أيضًا من منع حدوثها.

كما كنت شغوفًا بالترابط بين الجانب النفسي والعضوي من الإنسان، وكثيرًا ما كنت ألاحظ علاقتهما الوثيقة، ففي كثير من الأمراض ذاتية النشأة، يكون الجانب النفسي بازغًا، سواء في نشأة المرض أو في التكيف معه أو علاجه؛ كما أن جهازنا المناعي، المنوط بحمايتنا من العدوىٰ الخارجية والقضاء علىٰ المحاولات السرطانية الداخلية، يتأثر بالجانب النفسي تأثرًا شديدًا، إيجابيًا وسلبًا. وكذلك فإن اختلال فسيولوجية الجسم له تأثير كبير علىٰ الصحة النفسية، فإذا أفرطَتْ إحدىٰ الغدد في إفراز أحد هرموناتها، أو إذا حدث نقص مزمن في الأكسجين الذي يحتاجه الدماغ، فهذا يؤدي إلىٰ تدهور نفسي كبير.

ثم حين تدارسنا مقرر الطب النفسي بالكلية، انفتح ذهني علىٰ عالم جديد تمامًا، عالم معقد ومثير في آن واحد؛ كان الطب النفسي مهتمًّا بالتحديات العميقة التي يواجهها الإنسان، تلك التحديات التي كان لي منها حظ وافر لكنني لم أكن واعيًا بوجودها؛ وإذ به يسلط لي الضوء عليها ويكشفها بوضوح، لذا انجذبت إليه بشدةٍ بحثًا عن الحلول الممكنة، إلا أنه كان مليئًا بالغموض والأسئلة غير المحلولة، كما أن انصباب تركيزه علىٰ الجانب العضوي والكيميائي لم يقدم لي أجوبة كافية؛ لذا توجهت إلىٰ المقاربات التحليلية والمعرفية والسلوكية، وبدأت أشاهد المحاضرات والدورات العلمية المتاحة علىٰ الإنترنت التي تتناول هذه الأمور، ورغم أنني كنت آنذاك عازفًا عن التماس المساعدة من الكتب، لعدم صبري علىٰ القراءة غالبًا ولتشككي في بادئ الأمر، إلا أنني صادفت ثلة من الكتب الجيدة التي أفادتني كثيرًا. كانت هذه الكتب تتناول أشهر المشاكل التي تنجم عن المرور بطفولة صعبة؛ ومرة أخرىٰ، وجدت من يتكلم عن تحدياتي الشخصية الدقيقة ويصف ما مررت به بتفصيل شديد، بل وينسج روابط دقيقة بين كافة جوانب حياتي وماضيي وحاضري لينشئ صورة متكاملة لكل مشكلة أكابدها؛ حينئذ أدركت أن الأمر بأكمله نابع مما عايشته في طفولتي ومراهقتي، ورغم أن هذا يبدو بديهيًّا بالنسبة لي الآن، إلا أنه كان شديد الخفاء آنذاك.

تلك الدورات والكتب أكسبتني استبصارًا بذاتي وقدمت لي خطوات عملية لمعالجة تحدياتي الشخصية، وبفضلها بدأت حياتي في التحسن شيئًا فشيئًا،

وتمكنت من التخلص شبه التام من مشاكلي الكبرىٰ، وبمرور الوقت حدث تحسن كبير مقارنة بما كنت عليه قبلًا، لكن تبقت هناك بعض المشاكل الصغيرة، أو التي كنت أظنها صغيرة. دائمًا ما كانت هناك قطعة مفقودة لا أعلم ما هي، أواجه بعض الفجوات الغامضة المقلقة في جنبات نفسي، علامات استفهام محيِّرة؛ جاهدت كثيرًا للتغلب عليها، لكن في كل مرة كنت أحقق نصرًا مؤقتًا فحسب. وفي نهاية المطاف، تأملت في نفسي متألمًا: «هل سأظل علىٰ هذا النحو، إلىٰ متىٰ سأكابد تلك الذكريات الطاحنة، ألا يوجد حل لهذا؟ لماذا يصيبني الإحباط البسيط بدمار نفسي هائل؟! لماذا أتبدل بين أحوال متناقضة في غمضة عين! لقد سئمت؛ هل سأظل حاملًا تلك الندوب النفسية طيلة حياتي!»

كنت علىٰ أعتاب اليأس، ثم، وبمحض الصدفة، وجدتُ ضالتي، ذلك الذي بين يديك. كان هذا الكتاب هو القطعة المفقودة، وعلىٰ غرار رواية «الخيميائي» The Alchemist، فلقد كان الكنز في الموضع الذي بدأت رحلتي عنده، لكن توجب عليّ خوض تلك الرحلة الطويلة أولًا كي أعلم بمكانه؛ لقد كان الجانب المادي من الإنسان هو تلك الفجوة؛ تؤثر الصدماتُ النفسية علىٰ الكيفية التي يعمل بها الدماغ؛ تُحدِث تغييرات في مناطق دماغية معينة تؤدي إلىٰ اختلافات جوهرية في العمليات الذهنية والنفسية، كما تؤدي إلىٰ تغيرات فسيولوجية كبيرة في شتىٰ أنحاء الجسد. وبعبارة أخرىٰ، بعد الصدمة يعيش المرء بدماغ وعقل وجسد مختلفين. وبهذا فقد أعادني الكتابُ إلىٰ الطب النفسي المهتم بالجوانب العضوية والكيميائية، ولكن مع مقاربة شمولية للنفس الإنسانية؛ عقلًا، وجسدًا. كما أنه لا يدعو إلىٰ الأدوية، وإنما يقدم مقاربات علاجية أخرىٰ مرتكزة علىٰ الأدلة والبراهين العلمية، وأكثر فعالية من العقاقير، تساعد المرء علىٰ التعافي الحقيقي من صدماته.

في هذا الكتاب يصحبك المؤلف في رحلته المهنية التي بلغت أكثر من ثلاثين عامًا في مجال الطب النفسي عمومًا وميدان الصدمات خصوصًا، ثم يصوغ لك خلاصة ما تعلمه في كل هذه السنوات في قالب سرديٍّ ممتع، شارحًا

التفاصيل العلمية المعقدة بأسلوب بسيط سهل الفهم؛ وداعمًا كل فقراته بالمراجع والوثائق العلمية.

في النصف الأول من هذا الكتاب، يزودك المؤلف بفهم عميق لماهية الصدمة وآثارها علىٰ مختلف جوانب الإنسان؛ ويشرح الاكتشافات العلمية الحديثة ذات الصلة، كما يناقش «نظرية التعلق»، والعلاقات البشرية المتناغمة، وأثر ذلك في الوقاية والتعافي من الصدمات. كما يناقش بعض المواضيع الهامة والمثيرة؛ مثل الأدوية، و«الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية» DSM، والأمور المتعلقة بالصدمات من النواحي الاقتصادية، والسياسية، والاجتماعية، والقانونية، والتاريخية؛ ملحقًا كل ذلك بالوثائق والأدلة. ثم في النصف الثاني (الباب الخامس)، يعرض لك المقاربات الجديدة التي أثبتت أنها أكثر فعالية في علاج الصدمات مقارنة بالأدوية والمقاربات التقليدية المشهورة في الوسط العلمي.

ولحبي الشديد لهذا الكتاب، ولإدراكي لأهميته الشديدة وللفارق الذي يمكن أن يحدثه في عالمنا العربي، سعيت إلىٰ إخراجه بلغة يسيرة تناسب القارئ العام والمتخصص، فهو في الأصل موجه إلىٰ الناس كافة علىٰ اختلاف اهتماماتهم وتخصصاتهم: الأطباء والممرِّضين، الأخصائيين النفسيين والاجتماعيين، المرضىٰ أنفسهم؛ الآباء والأمهات والمعلمين، المحامين والقضاة؛ وكل من له اهتمام بالتربية السوية والصحة النفسية. وقد تمسكت بالدقة في ترجمة المصطلحات المتخصصة، ثم أضفت هوامش كثيرة لشرح ما قد يستغلق علىٰ غير المتخصص فهمه، معتمدًا في ذلك اعتمادًا أساسيًا علىٰ عدد من المعاجم المتخصصة، ومن أهمها:

* «المعجم الطبي الموحد»: والذي أشير إليه في الهامش بالرمز (ح).

* «معجم مصطلحات الطب النفسي، د. لطفي الشربيني»: والذي أشير إليه بالرمز (ص).

ولمراعاة الثقافة الأجنبية التي أُلِّف في كنفها هذا الكتاب، فقد أضفت هوامش أخرىٰ لإيضاح الجوانب الثقافية المحيطة بالموقف الوارد، كي تصل الصورة إلىٰ ذهن القارئ مكتملة الأركان؛ وقد اعتمدت في ذلك علىٰ عدد المواقع الإلكترونية أذكرها في موضعها. ولعلمي بأن بعض المصطلحات ربما تكون مبهمة بالنسبة لمن لم يدرس الطب بالعربية، فقد أضفت هوامش أخرىٰ لذكر المصطلح الإنكليزي المقصود. وبالنسبة لأسماء الأشخاص فقد استخدمت النقحرة[1] ثم كتابة حروفها بالإنكليزية عند أول ظهور لها، مثل جون بولبي John Bowlby، ثم الاكتفاء بالنقحرة عند تكرر ظهورها. أما الأماكن والمؤسسات فقد ترجمتها مع إضافة هامش للاسم الأصلي عند أول ظهور لها، مثل «منظمة الصحة العالمية[2]» ثم الاكتفاء بالنقحرة عند تكرر ظهورها.

لقد كان هذا الكتاب رفيقي في الرحلة، ومُبَصِّري في الظُّلمة، وبصيص الأمل في نهاية النفق؛ أرجو أن يكون لك كذلك وأكثر[3].

✍ عصام الدين سامي

صيف ٢٠٢١م

---

(١) النقحرة Transliteration أي النقل الحرفي.

(2) World Health Organization (WHO).

(٣) للمراسلة والتواصل مع المترجم essameldeensamy@gmail.com

تمهيد
مواجهة الصدمة

لا يُشترط أن يقاتل المرء في حرب أو يزور مخيم لاجئين في سوريا أو الكونغو كي يمر بصدمة نفسية؛ فالصدمات في الواقع تحل بنا، وبأصدقائنا، وبأفراد عائلاتنا، وجيراننا؛ فلقد أظهرت الأبحاث التي أجرتها «مراكز السيطرة علىٰ الأمراض والوقاية منها»[1] علىٰ المواطنين الأمريكيين ما يلي١: _

* تعرَّض خُمسُ المواطنين للتحرش الجنسي في طفولتهم.

* تعرض الرُبع للضرب المبرح من أحد الوالدين لدرجة بقاء علامات دائمة علىٰ جسده.

* ثلث المتزوجين ينالهم عنف جسدي من أزواجهم.

* ترعرع ربع المواطنين في كنف أقارب مدمني خمر.

* شهد الثُّمُن أمهم تتعرض للضرب.

رغم أننا نحن البشر ننتمي إلىٰ مخلوقات شديدة المرونة؛ فمنذ زمن سحيق ونحن ننهض بعد الحروب الطاحنة، والكوارث التي لا حصر لها، وما نتعرض له من عنف وخيانة في حياتنا؛ إلا أن الخبرات الصادمة تترك أثرًا لا مفر منه، سواء علىٰ النطاق الواسع أو الشخصي؛ علىٰ تاريخنا وثقافتنا، وعلىٰ عائلاتنا حيث

---

(1) Centers for Disease Control and ?Prevention (CDC).

تنتقل الأسرار الظلامية في الخفاء من جيل إلىٰ جيل؛ كما تؤثر هذه الخبراتُ علىٰ أذهاننا وعواطفنا، وقدرتنا علىٰ الابتهاج والحميمية، بل علىٰ بيولوجيتنا وجهازنا المناعي أيضًا.

ولا يقتصر أثر الصدمة علىٰ من يتعرضون مباشرة لها؛ فهي تؤثر أيضًا علىٰ من حولهم؛ فالجنود العائدون من المعارك يروّعون أفراد عائلاتهم نتيجة حنقهم وغيابهم الوجداني، كما تميل زوجات الرجال الذين يعانون من اضطراب الكَرْب التالي للصدمة[1] إلىٰ الإصابة بالاكتئاب، كما أن أطفال الأمهات المكتئبات معرضون لخطر الإصابة بعدم الاطمئنان والقلق في الطفولة وما بعدها، هذا إلىٰ جانب أن العنف الأسري في الطفولة غالبًا ما يؤدي إلىٰ صعوبة إقامة العلاقات المستقرة والموثوقة في مرحلة الرشد.

يمكننا فهم الصدمة -حسب تعريفها- أنها أمر لا يُطَاق ولا يُحتمَل؛ لذا تجد معظم ضحايا الاغتصاب، وجنود المعارك، والأطفال الذين تعرضوا للتحرش الجنسي، تجدهم يتوعكون بشدة حين يفكرون فيما أصابهم، لدرجة أنهم يحاولون المضي قدمًا عبر طرد ذلك من رؤوسهم ومحاولة العيش كأن لم يحدث شيء؛ لكن مواصلة العيش رغم حمل ذكرىٰ الذعر، وخزي الضعف التام والهشاشة المطلقة، كل ذلك يستنفد منهم طاقة هائلة.

ورغم أننا جميعًا نرغب في تخطي الصدمة وتناسيها، إلا أن الجزء الدماغي المكرس لضمان بقائنا/نجاتنا ضعيفٌ جدًّا في الإنكار، وهو أعمق بكثير من دماغنا العقلاني؛ فحتىٰ بعد مرور فترة طويلة علىٰ انتهاء الخبرة الصدمية، نجدها تتقد مجددًا عند أدنىٰ إشارة للخطر، مستنفرة الدوائر الدماغية المضطربة ومفرزة كميات هائلة من الهرمونات الكربية[2]، مما يستثير المشاعر المبغوضة، والأحاسيس الجسدية الشديدة، والأفعال الاندفاعية والعدوانية؛ كما أن ردود

---

(1) Post-traumatic stress disorder (PTSD).

(٢) stress hormones: الهرمونات التي يفرزها الجسم استجابة للكرب، ومن أشهرها كورتيزول، وأدرينالين، ونورإبينفرين. (المترجم).

الفعل هذه تكون غامضة وساحقة؛ مما يؤدي إلىٰ شعور ضحايا الصدمة بأنهم فاقدو السيطرة؛ ولذا غالبًا ما يقلقون من أنهم قد تدمروا بالكلية ولا أمل في تعافيهم.

❁ ❁ ❁

أتذكر أن أول مرة انجذبت فيها لدراسة الطب كانت في مخيم صيفي عندما كان عمري حوالي أربعة عشر عامًا، حين أسهرني ابن عمي مايكل Michael طوال الليل يشرح لي أوجه التعقيد في كيفية عمل الكليتين، وكيف تفرزان نفايات الجسم ثم تعيدان امتصاص المواد الكيميائية التي تحافظ علىٰ توازن النظام، فأسرني سرده للكيفية المبهرة التي يعمل بها الجسم. وبعد التحاقي بالطب، وأثناء كل مرحلة من تدريبي الطبي -سواء كنت أدرس الجراحة، أو طب القلب، أو طب الأطفال- كنت أرىٰ بوضوح أن مفتاح الشفاء هو فهم الكيفية التي يعمل بها الكائن البشري؛ ورغم ذلك، فحينما بدأت دورة الطب النفسي، أدهشني التناقض بين التعقيد المذهل للعقل والطرق التي نتواصل بها نحن البشر ونرتبط ببعضنا بعضًا وبين مدىٰ ضآلة معرفة الأطباء النفسيين بمنابع المشكلات التي يعالجونها؛ وتساءلت هل سنصل يومًا ما إلىٰ أن يكون ما نعلمه عن الدماغ، والعقل، والحب يضاهي ما نعلمه عن الأجهزة الأخرىٰ التي يتكون منها جسمنا؟

كان من الواضح أنه لا يزال أمامنا سنوات عديدة قبل الوصول إلىٰ هذا النوع من الفهم التفصيلي، لكن ولادة ثلاثة أفرع علمية جديدة قد أدت إلىٰ انفجار معرفي حول آثار الصدمات، والانتهاك، والإهمال؛ وتلك التخصصات الجديدة هي:

١) علم الأعصاب Neuroscience: وهو علم يهتم بدراسة كيفية دعم الدماغ للعمليات النفسية.

٢) السيكوباثولوجيا النَّمَائِيَّة Developmental psychopathology: وهو علم يهتم بدراسة تأثير الخبرات السلبية علىٰ نماء[1] الذهن والدماغ.

---

(١) النماء Development: مجموع التبدلات التي تطرأ علىٰ الكائن الحي منذ بداية تكونه حتىٰ تمام =

٣) النيوروبيولوجيا التفاعلية (العلائقية) Interpersonal neurobiology: وهو علم يهتم بدراسة كيفية تأثير سلوكنا علىٰ عواطف مَن حولنا، وبيولوجيتهم، وطرق تفكيرهم.

لقد كشفت الأبحاث في هذه التخصصات الجديدة أن الصدمة تُحدث تغيرات فسيولوجية حقًّا، بما في ذلك إعادة معايرة جهاز الإنذار الدماغي، وازدياد نشاط الهرمونات الكربية، وتعديلات في الجهاز المنوط بتصفية المعلومات ذات الصلة من الأخرىٰ غير ذات الصلة؛ كما صرنا الآن علىٰ علم بأن الصدمة تقوِّض المنطقة الدماغية المنوطة بنقل شعورك المادي المتجسد بأنك علىٰ قيد بالحياة، وبهذا تفسر هذه التغيرات لماذا يصبح الأفراد المصدومون مفرطي اليقظة تجاه التهديدات علىٰ حساب الانخراط العفوي في حياتهم اليومية، كما تساعدنا علىٰ فهم سبب مواصلة المصدومين تكرار نفس المشكلات، ولماذا يلاقون صعوبة كبيرة في التعلم من الخبرات، كما ندرك الآن أن سلوكياتهم ليست نتيجة سقوط أخلاقي أو علامات علىٰ خور الإرادة أو ضعف الشخصية؛ وإنما هي ناجمة عن تغيرات حقيقية داخل الدماغ.

كما أن هذه الزيادة الهائلة في معرفتنا بالعمليات الأساسية الكامنة وراء الصدمة قد فتحت إمكانيات جديدة لتخفيف ضررها أو إزالته بالكلية، إذ يمكننا الآن ابتكار أساليب وخبرات تستخدم اللدُونة العصبية[1] الفطرية التي يتسم بها الدماغ لمساعدة الناجين علىٰ الشعور بالمحيا التام في الحاضر والمضي قدمًا في حياتهم؛ وهناك ثلاثة مسارات أساسية لهذا وهي:

١) المسار الصعودي (من القاع إلىٰ السطح): بواسطة الكلام، و(إعادة)

= نضجه؛ وقد تمت دراسة هذا المصطلح منذ بداية القرن العشرين مع الاهتمام بنمو الشخصية، وتأثير أحداث مرحلة الطفولة علىٰ مراحل العمر التالية، ثم امتد هذا الاهتمام إلىٰ نواحٍ بيولوجية وسلوكية تدخل كلها تحت مظلة ما يطلق عليه دورة الحياة. ويشمل النماءُ النواحيَ المعرفية، والانفعالية، واللغة، والأمور النفسية الجنسية. (ص)، (ح).

(1) neuroplasticity.

الاتصال بالآخرين، والسماح لأنفسنا بمعرفة ما يعتمل بداخلنا وتَفَهُّمِه، أثناء هضم ذكريات الصدمة.

٢) بتناول الأدوية التي تخمد ردود الفعل الإنذارية غير الملاءمة، أو باستخدام فنيات أخرىٰ تغير الطريقة التي ينظم بها الدماغ المعلومات.

٣) المسار النزولي (من السطح إلىٰ القاع): عبر السماح للجسد بالمرور بخبرات تتعارض تعارضًا عميقًا وغريزيًّا مع مشاعر العجز، أو الحنق، أو الانهيار الناجمة عن الصدمة.

لكن لا يمكن معرفة أي المسارات هو الأفضل لناجٍ بعينه إلا بالتجريب العملي، كما أن معظم من عملت معهم كانوا بحاجة إلىٰ مزيج من هذه المسارات.

ولقد كان هذا عملي الذي كرست له حياتي، وقد تلقيت في هذا المسعىٰ دعمًا من زملائي وطلابي بمركز «تروما سنتر»[1] الذي أسسته منذ ثلاثين عامًا؛ حيث عالجنا سويًّا آلاف الأطفال والراشدين المصدومين:

* ضحايا إساءة معاملة الطفل.
* الكوارث الطبيعية.
* الحروب.
* الحوادث.
* الاتجار بالبشر.

يمكننا القول أنها الفئة التي عانت من اعتداءات المقربين والغرباء.

كما كان لدينا شعيرة عريقة بالمركز، وهي إقامة اجتماعات أسبوعية لفريق المركز من أجل مناقشة حالات جميع مرضانا بعمق شديد والتتبع الدقيق لمدىٰ نجاح الأساليب العلاجية المختلفة مع الأفراد المختلفين.

---

(١) Trauma Center ومعناها «مركز الصدمات» ولقد تحول اسمه الآن إلىٰ Trauma Research Foundation أي «مؤسسة بحوث الصدمات». (المترجم).

ومع أن مهمتنا الرئيسية دائمًا هي رعاية الأطفال والراشدين القادمين لتلقي العلاج، فقد كرسنا أنفسنا منذ البداية لإجراء الأبحاث الهادفة إلىٰ استكشاف آثار الكرب الصدمي علىٰ المجموعات البشرية المختلفة وتحديد الأساليب العلاجية الناجعة في كل حالة بعينها.

هذا وقد تلقينا منحًا بحثية من عدة مؤسسات لدراسة فعالية العديد من الأشكال العلاجية المختلفة: بدءًا من الأدوية، ومرورًا بالعلاج الكلامي، واليوجا، والعلاج بإعادة المعالجة الذكروية (EMDR)[1]، والمسرح، والارتجاع العصبي؛ وتلك المؤسسات هي:

* المعهد الوطني للصحة النفسية[2].
* المركز الوطني للطب التكميلي والبديل[3].
* مراكز السيطرة علىٰ الأمراض والوقاية منها.
* عدد من المؤسسات الخاصة.

والتحدي الذي نواجهه ونستعرضه في هذا الكتاب هو: كيف يمكن للناس امتلاك زمام السيطرة علىٰ آثار الصدمات الماضية واسترداد سيادة سفينتهم؟ لقد وجدنا أن التكلم يجدي نفعًا، وكذلك الفهم والاستيعاب، والاتصالات البشرية؛ كما تستطيع الأدويةُ إخمادَ أجهزة الإنذار المفرطة؛ لكننا سنرىٰ أيضًا أن الإنسان بمقدوره تغيير بصمات ماضيه عبر مروره بخبرات جسدية تتعارض تعارضًا مباشرًا مع مشاعر العجز، والحنق، والانهيار التي تمثل جانبًا جوهريًا من الصدمات،

---

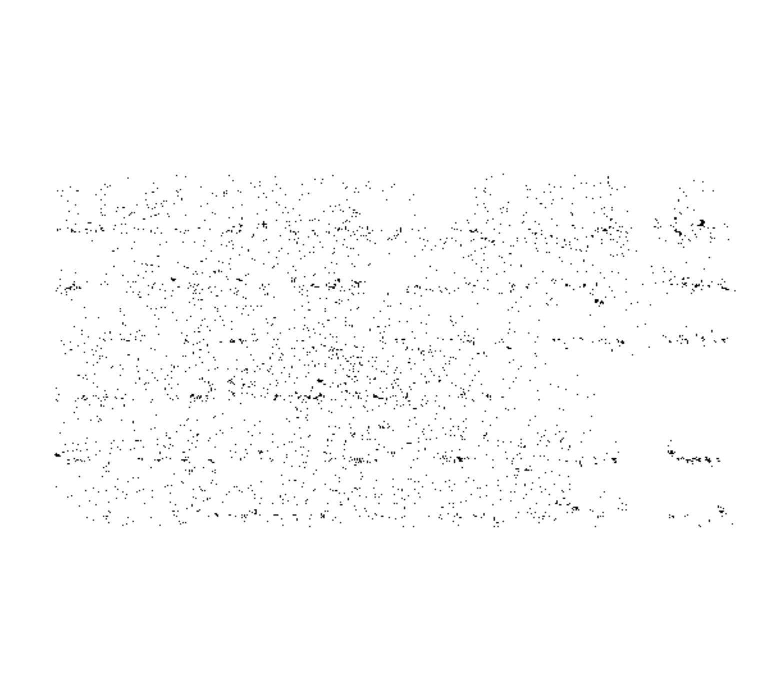
(١) ذكرَت فرانسين شابيرو Francine Shapiro، وهي مؤسسة أسلوب «EMDR»، في كتابها Getting Past Your Past، أنه بعد ظهور المزيد من الأبحاث، ودت لو تعيد تسمية هذا الأسلوب ليكون Reprocessing therapy، أي «العلاج بإعادة المعالجة (الهضم الذهني)»، حيث أنه أكثر دقة من الناحية العلمية، لكنها وجدت أن الأوان قد فات باشتهاره داخل الوسط العلمي بالاسم الأول. لذا فقد آثرتُ استخدام «إعادة المعالجة الذكروية» لغياب هذا المانع -علىٰ حد علمي- في الثقافة العربية؛ وبهذا نكون قد أثبتنا الدقة العلمية (المترجم).

(2) National Institute of Mental? Health.

(3) National Center for Complementary and Alternative Medicine.

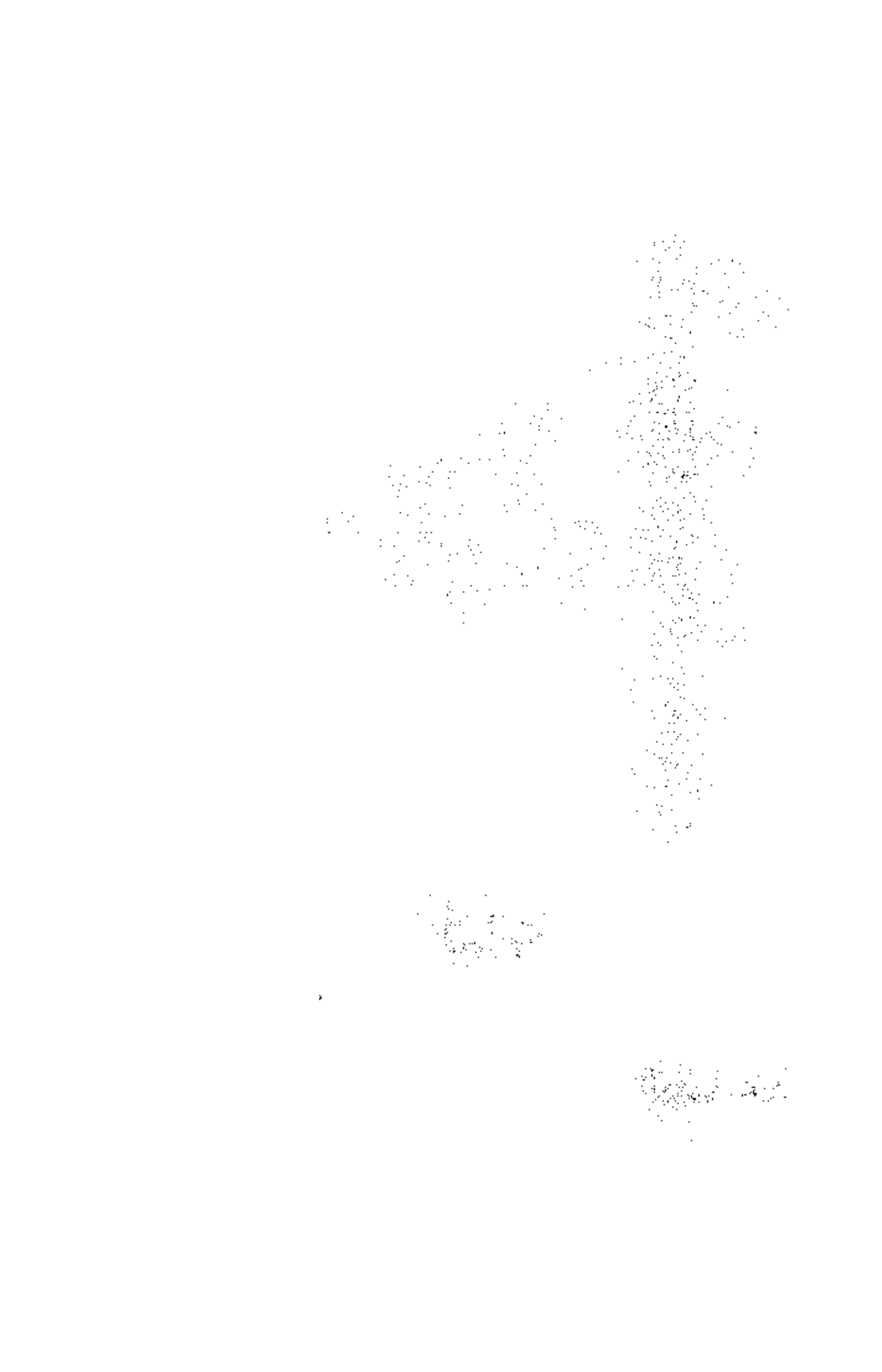
مما يؤدي إلىٰ استرداده سيادة الذات. كما أود القول أنني ليس لدي طريقة علاجية مفضلة،- إذ لا توجد مقاربة واحدة تلاءم الجميع، وإنما أمارس جميع الأشكال العلاجية التي أناقشها في هذا الكتاب، والتي يمكن لكل واحد منها إحداث تغييرات عميقة، بناءً علىٰ طبيعة المشكلة المعينة وتكوين الفرد.

لقد ألفت هذا الكتاب ليكون هاديًا وداعيًا؛ داعيًا إلىٰ تكريس أنفسنا لمواجهة واقع الصدمة النفسية، ولاستكشاف أفضل السبل لعلاجها؛ ولإلزام أنفسنا، كمجتمع، باستخدام كل وسيلة للوقاية منها.



الباب الأول

إعادة اكتشاف الصدمة



الفصل الأول
دروس من قدامى الحرب الفيتنامية[1]

في الثانية عشرة من عمري، في يوم غائم شديد البرودة من شتاء ١٩٧٥م، صرت ما أنا عليه الآن .... ورغم أن هذا قد حدث منذ زمن بعيد إلا أنهم مخطئون فيما قالوه عن الماضي ونسيانه .... فبتأملي في السنوات الست والعشرين المنصرمة أدرك أنني لم أتوقف عن اختلاس النظر إلىٰ ذلك الزقاق المهجور.

خالد حسيني، رواية «عداء الطائرة الورقية»

حياة بعض الناس شبيهة بتدفق سَرديّ منتظم؛ أما حياتي فهي عبارة عن العديد من التوقفات والاستئنافات، وهذا ما تفعله الصدمة بك؛ إنها تقطع سير الأحداث .... كما أنها تَحدث بغتة، دون سابق إنذار؛ ثم تواصل الحياة سيرها.

جيسيكا ستيرن Jessica Stern، كتاب: «الإنكار: ذكريات الرعب»

Denial: A Memoir of Terror

---

(١) قديم الحرب أو المحارب القديم veteran هو اسم يطلق علىٰ الشخص الذي شارك في حملات عسكرية أو حروب مع دولته بصفة رسمية، والمقصود بـ «قدامىٰ الحرب الفيتنامية» هنا هم الجنود الأمريكان الذين شاركوا في حرب فيتنام (المترجم).

كان يوم الثلاثاء، بعد عطلة الرابع من يوليو[١] عام ١٩٧٨م، هو أول يوم لي بوظيفة طبيب نفسي بـ «عيادة بوسطن لشئون المحاربين القدامى»[٢]، وبينما كنت أعلق على جدار مكتبي الجديد صورةً مستنسخة من لوحتي المفضلة، «أعمى يقود أعمى»[٣]، إذ سمعت ضجة في منطقة الاستقبال بنهاية الرواق، وبعدها بلحظات اقتحم باب مكتبي رجلٌ ضخم أشعث يرتدي بدلة رسمية ملونة، ويحمل تحت إبطه نسخة من مجلة «سولجر أُف فورشن»[٤]، كما كان هائجًا وثملًا لدرجة أنني ظللت أتساءل أنّىٰ لي مساعدة هذا العملاق؛ فطلبت منه أن يجلس ويخبرني كيف يمكنني أن أخدمه.

كان اسمه توم Tom، وأخبرني أنه كان قبل عشر سنوات أحد جنود مشاة البحرية (المارينز) وأنه أدىٰ خدمته في فيتنام؛ ثم قال إنه جاء إليّ لأنه كان قد أمضىٰ عطلة نهاية الأسبوع السابقة مختبئًا في مكتب المحاماة الخاص به بمدينة بوسطن، يشرب الكحول ويشاهد الصور القديمة، بدلًا من قضاء هذه العطلة مع أسرته؛ وهذا لأنه كان يعلم من تجارب السنوات السابقة أن الضجيج، والألعاب النارية، والإثارة، والتنزه في فناء أخته الخلفي مع مشاهدة الخضرة الكثيفة في بداية الصيف، كل ذلك كان يذكره بفيتنام، مما يفقده صوابه؛ وأنه حين يتوعك يخشىٰ التواجد برفقة أسرته لأنه حينئذ يتصرف بوحشية مع زوجته وولديه؛ كما أن ضجيج طفليه كان يصيبه باهتياج شديد لدرجة أنه يندفع خارجًا من المنزل منعًا

---

(١) الرابع من يوليو هو يوم الاستقلال الأمريكيّ؛ وهو عطلة فدرالية في الولايات المتحدة بمناسبة اعتماد وثيقة إعلان الاستقلال عن بريطانيا العظمىٰ في ٤ يوليو من عام ١٧٧٦ (موقع ويكيبيديا wikipedia.org) (المترجم).

(٢) «وزارة شئون المحاربين القدامىٰ» هي وزارة مسؤولة عن توفير الخدمات العامة للمحاربين القدامىٰ؛ كالعيادات الطبية والمعاشات، وغير ذلك (المترجم).

(٣) The Blind Leading the Blind لوحة رسمها الهولندي بيتر بروغل في عام ١٥٦٨، وبها ٦ شخصيات، جميعهم عُمْي، يتبع بعضها بعضًا، وقد وقع قائدهم في حفرة، وبسبب إمساكهم ببعضهم يظهر في اللوحة أن أنهم سوف يقعون في نفس الحفرة واحدًا تلو الآخر. موقع albawabhnews.com (المترجم).

(٤) Soldier of Fortune، وتعني: الجندي المغامر (المترجم).

لنفسه من إيذائهما، ولم يكن يساعده علىٰ الهدوء إلا مواصلة شرب الكحول للغرق في غياهب النسيان أو قيادة دراجته النارية بسرعات عالية خطيرة.

هذا ولم يكن يجد أي راحة في الليل أيضًا؛ فقد كان نومه كثير التقطع بسبب كوابيس حول كمين حقل الأرز في فيتنام الذي لم يترك أحدًا من أفراد فصيلته العسكرية[١] إلا وقتله أو أصابه بجروح بالغة؛ كما كان يعاني من ارتدادات ذِكْرَوِيَّة[٢] مرعبة يرىٰ فيها أطفالًا فيتناميين قتلىٰ؛ بل كانت الكوابيس مروعة لدرجة أنه كان يخشىٰ النوم، لذا كان يظل مستيقظًا معظم الليل في كثير من الأحيان، يشرب الكحول؛ وفي الصباح كانت زوجته تجده فاقدًا الوعي علىٰ أريكة غرفة المعيشة، وكان يتحتم عليها هي والولدين التزام الهدوء التام والحذر الشديد حوله أثناء إعدادها الإفطار لهما قبل اصطحابهما إلىٰ المدرسة.

مطلعًا إياي علىٰ ماضيه، قال توم إنه تخرج في المدرسة الثانوية عام ١٩٦٥م، حاصلًا علىٰ لقب الطالب المثالي؛ واتساقًا مع التقليد العائلي للخدمة العسكرية، التحق بسلاح المارينز بعد التخرج مباشرة؛ فلقد خدم والده في الحرب العالمية الثانية في جيش باتون[٣] Patton، ولم يكن توم يناقش قط توقعات والده. ولاتسام توم بالبنية الجسدية الرياضية، والذكاء، وجلاء علامات القيادة، فقد شعر بالقوة والكفاءة بعد إنهائه التدريب الأساسي، بأنه عضو في فريق تم إعداده لمواجهة أي شيء تقريبًا؛ وفي فيتنام سرعان ما أصبح قائد فصيلة، مسؤولًا عن ثمانية جنود آخرين من مشاة البحرية؛ ولا شك أن اجتياز مستنقع من الوحل تحت نيران المدافع الرشاشة يمكن أن يمنح المرء شعورًا برضًا كبير عن نفسه؛ وعن رفاقه أيضًا.

---

(١) الفصيلة هي وحدة عسكرية يقودها عادة ضابط برتبة ملازم. (موقع ويكيبيديا) (المترجم).

(٢) الارتدادة الذكروية (أو الفلاش باك Flashback): هي عودة الذكرىٰ الصدمية، كتذكر الأصوات، والصور، والأحاسيس المترافقة مع الصدمة؛ ويشعر الشخص كأنه يعيش الصدمة مرة أخرىٰ. ولقد اقتبستُ ترجمة المصطلح من د. شهابُ الدين الهواري (المترجم).

(٣) جورج سميث باتون George Smith Patton: هو قائد عسكري أمريكي لمع نجمه أثناء معارك الحرب العالمية الثانية، حيث تولي قيادة عدة جيوش استطاعت تحقيق النصر في معظم المعارك التي خاضتها (المترجم).

ورغم ذلك، ففي نهاية مدة خدمته، وتسريحه بمرتبة الشرف، لم يكن توم راغبًا في شيء سوىٰ نبذ فيتنام وراء ظهره؛ وظاهريًا فقد كان هذا ما يفعله بالضبط: إذ التحق بالجامعة علىٰ نفقة «فاتورة المحاربين»[1]، ثم تخرج في كلية الحقوق، كما تزوج حبيبة المدرسة الثانوية، وأنجب منها ولدين؛ لكنه رغم كل ذلك كان متوغكًا من الصعوبة الشديدة التي يلاقيها في الشعور بأي مودة حقيقية تجاه زوجته، علىٰ الرغم من أن رسائلها هي ما قد أبقته حيًا في خضم الصراعات المجنونة التي خاضها في أدغال فيتنام. وظل توم يتظاهر بعيش حياة طبيعية، آملًا أنه عن طريق تَصَنُّع ذلك سيتعلم استرداد ذاته القديمة مرة أخرىٰ؛ ثم صار يمتلك مكتب محاماة مزدهر وعائلة مثالية المظهر، ورغم ذلك فقد كان يحس بأن به خطبًا ما: كان يشعر بأنه ميت من الداخل.

ورغم أن توم كان أول محارب قديم ألتقي به بصورة مهنية إلا أنني وجدت جوانب كثيرة من قصته مألوفة لي، حيث أنني كنت قد ترعرعت في هولندا ما بعد الحرب، حيث كنت ألعب في المباني المقصوفة، كما كنت ابنًا لرجل معارض صريح جدًا للنازية لدرجة أنه زُجَّ به في أحد معسكرات الاعتقال؛ ورغم أن أبي لم يتحدث قط عن خبراته الحربية، إلا أنه كانت تنتابه ثورات حنقية متفجرة كانت تصيبني بالذهول في صغري؛ فأنَّىٰ لرجلٍ أسمعه يستيقظ باكرًا كل صباح وينزل السلم في هدوء لئلا يوقظ أفراد الأسرة، كي يصلي ويقرأ الكتاب المقدس، أنَّىٰ له أن يكون بمثل هذا المزاج المرعب؟ كيف يمكن لشخص كرس حياته لتحقيق العدالة الاجتماعية أن يكون ممتلئًا بكل هذا الغضب؟ كما أنني قد شهدت نفس هذا السلوك المحير لدىٰ عمي -الذي اعتقله اليابانيون في جزر الهند الشرقية الهولندية (إندونيسيا الآن) وأُرسل كعامل رقيق إلىٰ بورما، للعمل في بناء

(١) «فاتورة المحاربين» GI Bill: هو قانون كان يقدم مجموعة من المزايا لبعض المحاربين العائدين من الحرب العالمية الثانية (يشار إليهم عادةً باسم GI). ولقد انتهت صلاحية هذا القانون في عام ١٩٥٦م، ولكن مصطلح «فاتورة المحاربين GI Bill» لا يزال يُستخدم للإشارة إلىٰ البرامج المُنشأة لمساعدة بعض قدامىٰ المحاربين العسكريين الأمريكيين. (ويكيبيديا).

ذلك الجسر المشهور فوق نهر كواي[1]-، فهو الآخر نادرًا ما كان يذكر الحرب، وهو -أيضًا- غالبًا ما كانت تنتابه ثورات حنقية جامحة.

عندما استمعت إلىٰ توم تساءلت هل كان عمي وأبي يعانيان من كوابيس وارتدادات ذكروية؛ هل كانا -هما أيضًا- يشعران بالانفصال عن أحبابهما وعاجزين عن العثور علىٰ أي لذة حقيقية في حياتهما؛ ثم في أعماق ذهني ظهرت لي ذكريات عن أمي المرهَبة -والمرهِبة في كثير من الأحيان أيضًا- التي كانت تُلمِّح أحيانًا إلىٰ صدمات طفولتها والتي أؤمن الآن أنها كانت تعيد تمثيلها مرارًا وتكرارًا؛ كما كانت لديها عادة مقلقة تتمثل في فقدانها الوعي حين كنت أسألها عن حال حياتها في صغرها، ثم لومها لي علىٰ إصابتها باستياء شديد.

لما وجد توم اهتمامًا واضحًا من ناحيتي اطمأن واستقر إلىٰ إخباري بمدىٰ الخوف والارتباك الذي يشعر به؛ لقد كان خائفًا من أن يصير مثل والده، الذي كان غاضبًا طيلة الوقت ونادرًا ما يتحدث مع أطفاله -باستثناء مقارنته السلبية لهم برفاقه الذين لقوا حتفهم في عيد الكريسماس عام ١٩٤٤م، أثناء معركة الثغرة[2].

عند اقتراب الجلسة من نهايتها فعلت ما يفعله الأطباء عادة: ركزت علىٰ الجزء الوحيد من قصة توم الذي ارتأيت أنني فهمته: كوابيسه؛ إذ حين كنت طالبًا بكلية الطب عملت في مختبر نوم[3]، حيث كنت أراقب دورات النوم/الحلم الخاصة بالناس، كما كنت قد ساعدت في كتابة بعض المقالات عن الكوابيس؛ وكنت قد شاركت أيضًا في بعض الأبحاث المبكرة عن الآثار المفيدة للعقاقير نفسانية التأثير التي كان استخدامها قد بدأ للتو في السبعينيات؛ لذا فبالرغم من

---

(١) هو نهر في غرب تايلاند بالقرب من بورما اشتهر النهر من خلال فيلم «جسر نهر كواي» The Bridge on the River Kwai الحائز على العديد من جوائز الأوسكار (المترجم).

(٢) Battle of the Bulge حدثت هذه المعركة في نهايات الحرب العالمية الثانية؛ وهي هجوم ألماني حاولوا فيه شق صف الحلفاء والالتفاف من الخلف لمحاصرتهم والقضاء عليهم؛ وقد أطلق عليها الألمان اسم (عملية مراقبة نهر الراين)، وسماها الأمريكيون معركة الأردين؛ ولكن الناس عرفوها بمعركة الثغرة (المترجم).

(٣) هو مختبر تدرس فيه اضطرابات النوم؛ والتي تتضمن الشخير، والأرق، وتوتر عضلات الرِّجل، ومتلازمات توقف التنفس أثناء النوم، والمشي أثناء النوم، والشلل خلال النوم وغيرها (المترجم).

أنني لم يكن لدي إدراك دقيق لنطاق مشاكل توم إلا أن الكوابيس كانت شيئًا أستطيع الترابط معه، ولكوني مؤمنًا متحمسًا لـ «حياة أفضل من خلال الكيمياء»[1] وصفت له عقارًا كنا قد وجدناه ناجعًا في تقليل حدوث الكوابيس والتخفيف من شدتها، ثم جدولت لتوم موعدًا لزيارة متابعة بعد أسبوعين.

وعندما عاد توم من أجل موعده، سألته بلهفة عن أثر الأدوية معه، لكنه أخبرني أنه لم يتناول أي حبة؛ فحاولت إخفاء غيظي بسؤالي له عن السبب، وإذ به يرد قائلًا: «أدركت أنني إن تناولت الحبوب وتلاشت الكوابيس فحينئذ سأكون قد هجرت أصدقائي، ويذهب موتهم سدىٰ؛ أنا بحاجة إلىٰ أن أكون نصبًا تذكاريًّا حيًّا لأصدقائي الذين ماتوا في فيتنام».

لقد صعقت؛ فلقد كان ولاء توم للموتىٰ يمنعه من عيش حياته، تمامًا مثلما كان يمنع والدَه من العيش تمسكُه بأصدقائه؛ إن خبرات كلٍّ من الأب والابن في ساحات المعارك جعلت بقية حياتيهما منعدمة الصلة بهما؛ كيف حدث ذلك، وما الذي يمكننا فعله حياله؟ في ذلك الصباح أدركت أنني علىٰ الأرجح سأقضي بقية حياتي المهنية في محاولة حل ألغاز الصدمة النفسية؛ كيف تؤثر الخبرات المروعة في الناس فتتركهم عالقين في الماضي دون أمل؟ ماذا يحدث في عقول الناس وأدمغتهم فيبقيهم مُجَمَّدين ومحاصرين في بقعة يتوقون إلىٰ الهروب منها؟ لماذا لم تنتهِ حرب هذا الرجل في فبراير ١٩٦٩م، حين احتضنه والداه بمطار لوجان الدولي ببوسطن بعد رحلة عودته الطويلة من مدينة دا نانغ[2]؟

لقد علمني احتياج توم إلىٰ عيش حياته كنصب تذكاري لرفاقه أنه كان يعاني من حالة أكثر تعقيدًا بكثير من مجرد وجود ذكريات سيئة أو تلف في كيمياء الدماغ، أو دوائر خوف دماغية محرَّفة؛ إذ قبل حدوث كمين حقل الأرز، كان

---

(١) Better Living Through Chemistry: هي عبارة كانت في الماضي شعارًا لشركة دوبونت DuPont -شركة مواد كيميائية-، لكنه الآن يشير إلىٰ ممارسة تناول الأدوية لجعل حياتك أكثر إمتاعًا (المترجم).

(٢) Da Nang هي مدينة في وسط جمهورية فيتنام (المترجم).

توم صديقًا وفيًا ومخلصًا، وكان يستمتع بالحياة، ولديه الكثير من الاهتمامات والملذات، ثم في لحظة مرعبة، غيرت الصدمة كل شيء.

خلال فترة عملي بـ «شئون المحاربين» تعرفت علىٰ العديد من الرجال الذين كانوا يستجيبون استجابة مماثلة: فحين كان يواجه المحاربون القدامىٰ إحباطات طفيفة، غالبًا ما كانوا يتحولون فورًا إلىٰ حالة الحنق الشديد؛ ولقد كانت المناطق العامة في العيادة مليئة بآثار قبضات أيديهم علىٰ الحوائط الجافة[1] كما كان أفراد الأمن مشغولين طيلة الوقت بحماية عملاء المطالبة المالية[2] وموظفي الاستقبال من هؤلاء المحاربين الغاضبين؛ وقد كان سلوكهم يخيفنا طبعًا، لكنه أثار اهتمامي أيضًا.

في تلك الأثناء كنت أنا وزوجتي نتكيف مع مشاكل مشابهة لدىٰ طفلينا الصغيرين، اللذين كانت تنتابهما ثورات مزاجية متكررة حين يُطلب منهما تناول طبق السبانخ الخاص بهما أو ارتداء الجوارب الدافئة؛ ما السبب -إذن- في عدم اكتراثي بتاتًا بسلوكيات طفلَيّ غير الناضجة لكن قلقي الشديد مما كان يجري مع المحاربين القدامىٰ (طبعًا باستثناء حجمهم الذي يمنحهم إمكانية إلحاق أضرار أكبر بكثير مقارنة بالطفلين)؟ لقد كان السبب هو شعوري بالثقة التامة في أنني إذا قدمت الرعاية المناسبة لطفلي فسيتعلمان تدريجيًّا كيفية التعامل مع الإحباطات وخيبات الأمل، لكنني في الناحية الأخرىٰ كنت متشككًا في أنني سأستطيع مساعدة المحاربين القدامىٰ علىٰ استرداد مهارات ضبط النفس والتنظيم الذاتي[3] التي خسروها في الحروب.

---

(١) الحوائط الجافة (المعروفة أيضًا باسم ورق الحائط، أو ألواح الجدران) هي ألواح مصنوعة من مزيج من المواد تستخدم في تشييد الجدران والأسقف الداخلية بدلًا من الطلاء (المترجم).

(٢) عميل المطالبة المالية: هو الشخص المنوط بالتحقيق في مطالبات التأمين لتحديد مدىٰ مسؤولية شركة التأمين عن أضرار المباني أو الإصابات الشخصية أو تلف ممتلكات الغير «طرف ثالث» (المترجم).

(٣) التنظيم الذاتي **Self-regulation**: قدرة المرء علىٰ إدارة سلوكه، وانفعالاته، وأفكاره في سعيه لتحقيق الأهداف طويلة الأجل. (المترجم).

وللأسف، فلم يجهزني أي شيء في التدريب النفساني الذي تلقيته للتعامل مع أي من التحديات التي أظهرها توم وزملاؤه من المحاربين القدامىٰ، لذا ذهبت إلىٰ المكتبة الطبية للبحث عن كتب حول عصاب الحرب، أو صدمة القصف، أو إجهاد المعركة، أو أي مصطلح أو تشخيص آخر يخطر ببالي يمكن أن يسلط الضوء علىٰ مرضاي، لكنني فوجئت بأن مكتبة «شئون المحاربين» لم يكن بها كتاب واحد حتىٰ عن أي من هذه الحالات؛ وذلك لأنه بعد خمس سنوات فقط من مغادرة آخر جندي أمريكي لفيتنام، لم تكن قضية صدمات الحروب موجودة بعد في أجندة أحد؛ وأخيرًا، في «مكتبة كونتواي»[1] بـ «كلية طب جامعة هارفارد»[2]، اكتشفت كتاب «العُصَابَات الصَدْمِيَّة للحرب»[3]، والذي نشره طبيب نفسي يُدعىٰ أبرام كاردينر Abram Kardiner؟ عام ١٩٤١م؛ وقد وصف فيه ملاحظاته عن المحاربين العائدين من الحرب العالمية الأولىٰ، وكان صدور الكتاب ترقبًا منه لفيضان الجنود الذين سيصابون بصدمة القصف وسيكونون من ضمن خسائر الحرب العالمية الثانية١.

لقد أبلغ كاردينر عن نفس الظواهر التي كنت أراها: بعد الحرب باغت مرضاه حسُّ اللاجَدوَىٰ وانسحقوا تحت وطأته؛ فأصبحوا منسحبين ومنفصلين، رغم أنهم كانوا قبل الحرب متسمين بسلامة الوظيفية في الحياة؛ إن ما أسماه كاردينر «العصابات الصدمية» نسميه اليوم اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ وقد أشار إلىٰ أن من يعانون من العصابات الصدمية تنشأ لديهم يقظة وحساسية مزمنتين تجاه التهديد؛ كما استحوذ تلخيصه علىٰ انتباهي: «نواة العصاب هي عُصاب جُسْمَانِيّ[4]»٢؛ وبعبارة أخرىٰ، إن الكرب التالي للصدمة ليس «مجرد أوهام في ذهن المرء all in one's head»، وإنما له أساس فسيولوجي؛ بل إن كاردينر آنذاك كان قد انتبه إلىٰ أن الأعراض ترجع في أصلها إلىٰ استجابة الجسد بأكمله للصدمة الأصلية.

(1) Countway Library.

(2) Harvard Medical School.

(3) The Traumatic Neuroses of War.

(4) physioneurosis.

لقد أكد وصف كاردينر ملاحظاتي الشخصية -مما طمأنني- لكنه لم يقدم لي إلا قدرًا قليلًا من الإرشاد حول كيفية مساعدة المحاربين القدامىٰ، كما كان نقص الأدبيات حول هذا الموضوع يشكل عائقًا، لكن معلمي العظيم، إلڤِن سيمراد Elvin? Semrad، كان قد علمنا أن نتشكك في الكتب المرجعية؛ فكان يقول: «لدينا كتاب مرجعي واقعي وحيد: ألا وهو مرضانا؛ فينبغي ألا نثق إلا فيما نتعلمه منهم، إلىٰ جانب خبرتنا الشخصية»؛ وهذا يبدو بسيطًا جدًا، ولكن رغم أن سيمراد كان يدفعنا إلىٰ الاعتماد علىٰ معرفة الذات[1]، إلا أنه قد حذرنا أيضًا من مدىٰ صعوبة هذه العملية في واقع الأمر، إذ أن البشر خبراء في التمني وتعتيم الحقيقة، كما أتذكره وهو يقول: «إن أكبر مصادر معاناتنا هي تلك الأكاذيب التي نقولها لأنفسنا». وأثناء عملي في شئون المحاربين، سرعان ما اكتشفت مدىٰ الألم الممكن حدوثه حين مواجهة الواقع، ولقد كان هذا ينطبق علىٰ مرضاي وعليّ أيضًا.

نحن لا نرغب حقًّا في معرفة ما يمر به الجنود في الحروب؛ ولا نرغب حقًّا في معرفة عدد الأطفال الذين يتعرضون للتحرش الجنسي وإساءة المعاملة في مجتمعنا؛ أو عدد الأزواج الذين ينخرطون في العنف في مرحلة ما أثناء علاقتهم (ثلثهم تقريبًا كما أظهرت الدراسات)؛ وإنما نرغب في رؤية أن العائلة هي الملاذ الآمن في هذا العالم ذي القلب المتحجر، وأن بلدنا يسكنه أناس مستنيرون ومتحضرون؛ ولهذا نفضِّل الإيمان بأن القسوة والوحشية تحدث فقط في الأماكن البعيدة عنا، مثل دارفور أو الكونغو؛ والسبب وراء كل ذلك هو أن المراقب الخارجي يلاقي صعوبة في تحمل شهود الألم، فهل من المستغرب -إذن- أن المصابين بصدمات نفسية لا يطيقون تذكر ما أصابهم، وأنهم يلجؤون في كثير من

---

(١) معرفة الذات self-knowledge: هو مصطلح يُستخدم في علم النفس وأحيانًا في الفلسفة لوصف المعلومات التي يمتلكها الشخص عن نفسه عند إيجاد جواب لسؤال «ما هي كينونتي الحقيقية؟». وتنطوي الكينونة الحقيقية علىٰ المعتقدات، والمشاعر، الرغبات، والقيم الحقيقية والحالات الذهنية الأخرىٰ لدىٰ الإنسان. (ويكيبيديا) (المترجم).

الأحيان إلىٰ معاقرة المخدرات، أو الكحول، أو تشويه الذات في سبيل حجب دِرايتهم التي لا يطيقونها؟

وهكذا أصبح توم وزملاؤه من المحاربين القدامىٰ أساتذتي الأوائل في سعيي إلىٰ فهم كيف تتهشم الحياة من جراء الخبرات الطاحنة، وإلىٰ اكتشاف كيفية تمكينهم من الشعور بالمحيا التام مجددًا.

الصدمة وفقدان الذات:

إن أول دراسة أجريتها في «شئون المحاربين» بدأت بطرحي أسئلة علىٰ المحاربين بخصوص ما حدث لهم في فيتنام، طرحًا منهجيًّا؛ إذ كنت راغبًا في معرفة ما الذي دفعهم من حافة الهاوية، ولماذا انهار البعض نتيجة لتلك الخبرة في حين تمكن البعض الآخر من المضي قدمًا في حياتهم[٣]؛ فوجدت أن معظم الرجال الذين أجريت معهم المقابلات كانوا قد ذهبوا إلىٰ الحرب شاعرين بالتأهب المطلوب والتقارب من رفاقهم نظرًا لقسوة التدريب الأساسي الذي خضعوا له والخطر المشترك المحدق بهم؛ ولقد كانوا يتبادلون صور عائلاتهم وحبيباتهم؛ وتحملوا عيوب بعضهم بعضًا، كما كانوا مستعدين للمخاطرة بحياتهم من أجل أصدقائهم، بل أسرّ معظمهم بأسراره الظلامية إلىٰ رفيقه، وذهب البعض إلىٰ حد مشاركة القمصان والجوارب مع بعضهم بعضًا.

ووجدت أن العديد من الرجال كانت لديهم صداقات مماثلة للتي كانت بين توم وأليكس Alex: لقد التقىٰ توم بأليكس -وهو رجل إيطالي من مدينة مالدن، ماساتشوستس- في أول يوم له في فيتنام، وسرعان ما صارا صديقين مقربين؛ فكانا يركبان سيارتهما العسكرية معًا، ويستمعان إلىٰ نفس الموسيقىٰ، كما كانا يقرآن رسائل بعضهما القادمة من البيت، بل كانا يثملان معًا ويطاردان نفس الفتيات الفيتناميات.

وبعد حوالي ثلاثة أشهر داخل البلد، قاد توم فرقته في دورية راجلة عبر حقل أرز قبيل غروب الشمس بقليل؛ وفجأة انطلق وابل من الرصاص من حدود الدغل المحيط، مصيبًا مَن حوله مِن الرجال واحدًا تلو الآخر؛ وأخبرني توم

كيف شاهد، في رعب وعجز، جميعَ أفراد فصيلته يُقتلون أو يجرحون في ظرف ثوانٍ. إلا أن هناك صورة بعينها لم يستطع إخراجها أبدًا من ذهنه: قذال[١] أليكس وهو ملقىٰ علىٰ وجهه في حقل الأرز، وقدماه في الهواء؛ كما بكىٰ توم وهو يتذكر ذلك وقال: «لقد كان الصديق الحقيقي الوحيد الذي حظيت به منذ ولدت»؛ لكن هذه لم تكن نهاية الأمر، فبعد ذلك الكمين -أثناء الليل- ظل توم يسمع صرخات رجاله ويرىٰ جثثهم وهي تتساقط في الماء؛ وعلمت أن أي أصوات، أو روائح، أو صور تذكره بالكمين (كفرقعة الألعاب النارية في الرابع من يوليو)[٢] كانت تشعره بنفس الشلل، والرعب، والحنق الذي اعتمل بداخله في اليوم الذي أخلته فيه المروحية من حقل الأرز.

لكن ذكرياته عما حدث بعد ذلك قد تكون أشد سوءًا بالنسبة لتوم من الارتدادات الذكروية المتكررة للكمين،، ولقد استغرق الأمر منه شهورًا من التعامل مع شعوره بالخزي المشِلّ قبل أن يتمكن من إخباري بذلك؛ كما أن من السهل عليَّ تخيل كيف أدىٰ حنق توم حيال مقتل صديقه إلىٰ الفاجعة التي تلت ذلك؛ فمنذ أقدم العصور وقد استجاب المحاربون القدامىٰ لموت رفاقهم بأفعال انتقامية يعجز الكلام عن وصفها (مثلما فعل «أخيل» في حرب طروادة كما حكت لنا إلياذة هوميروس[٣])؛ فما حدث هو أن توم دخل في حالة اهتياج شديد في اليوم التالي للكمين وتوجه إلىٰ قرية مجاورة؛ فقتل أطفالًا، وأطلق النار علىٰ مزارع بريء، واغتصب امرأة فيتنامية؛ بعد ذلك أصبح من المستحيل حقًّا بالنسبة له أن يعود للوطن مجددًا عودة لها أي معنىٰ، فكيف تستطيع مواجهة حبيبتك وإخبارها أنك اغتصبت امرأة مثلها تمامًا اغتصابًا وحشيًا، أو كيف تستطيع مشاهدة ابنك يخطو أولىٰ خطواته إذا ذُكِّرت بالطفل الذي قتلته؟ لقد اختبر[٤] توم

---

(١) القذال هو مؤخر الرّأس من الإنسان فوق القفا (المترجم).

(٢) يوم الاستقلال الأمريكي (المترجم).

(٣) الإلياذة Iliad هي ملحمة شعرية تحكي قصة حرب طروادة (القرن الثاني عشر قبل الميلاد) وتعتبر أهم ملحمة شعرية إغريقية للشاعر الأعمىٰ هوميروس Homer. (المترجم).

(٤) شاع استخدام الفعل «اختبر» للإشارة إلىٰ مرور الفرد بخبرة نفسية ما، والخبرة النفسية هي الأحداث والمواقف المرتبطة بالانفعالات. (المترجم).

موت أليكس كما لو أن جانبًا من ذاته قد تم تدميره بلا رجعة؛ الجانب الذي كان صالحًا، وشريف المقام، وجديرًا بالثقة؛ وهكذا تؤدي الصدمة دائمًا -وسواء كانت نتيجة شيء فُعِل بك أو شيء فعلته أنت- إلىٰ صعوبة الانخراط في العلاقات الحميمة؛ إذ بعد اختبارك شيئًا يعجز الكلام تمامًا عن وصفه، أنّىٰ لك الوثوق بنفسك أو بأي شخص آخر مرة أخرىٰ؟ أو بالعكس، كيف تستطيع تسليم نفسك لعلاقة حميمة بعد أن تعرضت للانتهاك الوحشي؟

واصل توم الحضور بإخلاص في مواعيده، حيث أصبحتُ بمثابة شريان حياة بالنسبة له؛ والأب الذي لم يحظ به قبْلا، وأليكس الذي نجا من الكمين؛ وأود القول أن الأمر يتطلب ثقة وشجاعة هائلتين للسماح لنفسك بالتذكر؛ فمن أصعب الأمور التي يواجهها المصدومون هو شعورهم بالخزي من الأسلوب الذي تصرفوا به أثناء النوبة الصدمية، سواء كان لذلك ما يفسره من الناحية المنطقية (كما في ارتكاب الأعمال الوحشية) أم لا (كما في حالة الطفلة التي تحاول استرضاء المستغِل لها)؛ ولقد كانت سارة هالي Sarah Haley من أوائل الذين كتبوا عن هذه الظاهرة -والتي كانت تعمل بمكتب مجاورٍ لمكتبي في «شئون المحاربين»- حيث ناقشت ذلك في مقال بعنوان «عندما يُبلغ المريض عن أفعال وحشية[1]»٤، وذكرت الصعوبة التي لا تطاق التي يجدها المرء في التحدث عن (والاستماع إلىٰ) الأفعال الفظيعة التي غالبًا ما يرتكبها الجنود في سياق خبراتهم الحربية؛ إن درايتك بالمعاناة التي تسبب بها الآخرون أمر صعب بما فيه الكفاية، لكن الأمر لا يتوقف عند ذلك، إذ أن العديد من المصدومين يطاردهم الخزي في أعماقهم بسبب ما فعلوه هم أنفسهم في هذه الظروف أو لم يفعلوه؛ حيث يحتقرون أنفسهم بسبب ما شعروا به من رعب، أو اعتمادية، أو إثارة، أو حنق؛ ولقد أصبح ذلك المقال باعثًا رئيسيًا لصياغة ما عرف في نهاية المطاف بتشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة.

---

(1) When the Patient Reports Atrocities.

ثم واجهت في السنوات اللاحقة ظاهرة مماثلة لدىٰ ضحايا إساءة معاملة الطفل: يعاني معظمهم من خزي أليم بسبب ما قاموا به للنجاة والحفاظ علىٰ اتصال بالشخص الذي أساء إليهم، كما كان هذا منطبقًا تمامًا إذا كان المسيء شخصًا قريبًا من الطفل -شخصًا يعوِّل الطفل عليه- كما هو الحال في معظم الأحيان؛ بل قد تكون النتيجة هي التشوش/الارتباك حيال ما إذا كان المرء ضحية أم مشاركًا راغبًا، مما يؤدي بدوره إلىٰ الحيرة بشأن الفرق بين الحب والرعب؛ الألم واللذة، وسنعرج علىٰ هذه المعضلة في شتىٰ أنحاء هذا الكتاب.

الخَدَر:

ربما كان أسوأ أعراض توم هو شعوره بالخَدَر العاطفي؛ فلقد كان يرغب بشدة في أن يحب عائلته، لكنه لم يكن يستطيع استثارة أية مشاعر عميقة تجاههم، حيث كان يشعر ببُعد عاطفي عن الجميع، أنه متجمد القلب ويعيش الحياة من وراء لوح زجاجي؛ بل امتد هذا الخدر إلىٰ نفسه أيضًا؛ إذ لم يكن يستطيع الشعور بأي شيء سوىٰ خزيه ونوباته الحنقية اللحظية، ولقد وصف كيف أنه لم يكن يستطيع تمييز (التعرف علىٰ) نفسه حين نظره في المرآة أثناء الحلاقة إلا بشق الأنفس، بل حين كان يسمع صوته الخاص وهو يجادل في قضية ما بالمحكمة، كان يتصور نفسه من بعيد ويتساءل كيف استطاع هذا الرجل -الذي يشبهه ويتحدث مثله- أن يقدم مثل هذه الحجج المقنعة؛ وحين يربح القضية «يتظاهر» بالرضا والسرور، وحين يخسر إحداها يبدو وكأنه كان يتوقع حدوث ذلك، بل يستسلم للهزيمة حتىٰ قبل حدوثها؛ وبالرغم من حقيقة كونه محاميًا بارعًا إلا أنه كان يشعر طيلة الوقت بأنه هائم في الفضاء، مفتقرًا إلىٰ أي حس بالغاية أو الوجهة.

كان الشيء الوحيد الذي يخفف أحيانًا من شعور اللّاهَدَف هذا هو الانخراط الشديد في قضية معينة: لقد تعين علىٰ توم خلال فترة العلاج أن يدافع عن رجل عصابة متهم بالقتل العمد، فكان طيلة مدة تلك المحاكمة منغمسًا تمام الانغماس في ابتكار استراتيجية ما للفوز بالقضية، بل كانت هناك مرات عديدة

ظل فيها مستيقظًا طوال الليل ليغمر نفسه في شيء يثير الحماس الشديد بداخله، وعلىٰ حد قوله: «كان الأمر أشبه بقتال»؛ كان يشعر بالمحيا التام، أن كل جزء منه علىٰ قيد الحياة، ولم يكن مكترثًا لأي شيء آخر؛ لكن في اللحظة التي فاز فيها توم بتلك القضية، فقد طاقته وحسه بالغاية، وعادت الكوابيس، وكذلك نوبات الحنق، ولكن بشدة بالغة هذه المرة لدرجة أنه اضطر إلىٰ الانتقال إلىٰ فندق ليحرص علىٰ أنه لن يؤذي زوجته أو طفليه؛ لكن كونه وحيدًا -فوق كل ذلك- كان مرعبًا، ذلك أن شياطين الحرب عادت بكامل قوتها، لذا حاول إشغال نفسه، بالعمل، وشرب الكحول، وتعاطي المخدرات؛ فاعلًا أي شيء لتجنب مواجهة شياطينه.

ظل توم يقلب صفحات مجلة «سولجر أف فورشن»، متخيلًا نفسه جنديًا مرتزقًا في إحدىٰ الحروب الإقليمية العديدة التي كانت مستعرة آنذاك بإفريقيا؛ وفي وثبةٍ أخرج دراجته النارية وانطلق متخذًا «طريق كانكاماجوس السريع»[1] بولاية نيو هامبشاير؛ ومن العجيب أن ما اختبره في تلك الرحلة من اهتزازات، وسرعة، وخطر قد ساعده علىٰ السيطرة علىٰ عواطفه، لدرجة أنه تمكن من الرحيل من غرفة الفندق والرجوع إلىٰ عائلته.

إعادة تهيئة الإدراك:

هناك دراسة أخرىٰ أجريتها في «شئون المحاربين» بدأت كورقة بحثية حول الكوابيس لكنها انتهت باستكشاف كيف تغير الصدمة إدراكات الناس وخيالهم، وقد كان بيل Bill أول شخص يلتحق بدراستي تلك: كان بيل مُسعِفًا حربيًا سابقًا قد شهد أحداثًا شديدة في فيتنام قبل عقد من الزمان، وبعد تسريحه التحق بمعهد لاهوتي، ثم كُلِّف بأول أسقفية له في إحدىٰ الكنائس التجمعية بإحدىٰ ضواحي

(١) Kancamagus Highway هو أروع المناطق الخلابة في إقليم نيو إنجلاند، يمر عبر غابة الجبل الأبيض الوطنية التي تبلغ مساحتها ٨٠٠ ألف فدان، محفوف بالأشجار الخضراء الكثيفة ومليء بالمناظر الخلابة، كما أن راكبي الدراجات النارية يستمتعون فيه بالتقلّبات والانعطافات عندما يرتفع الطريق السريع إلىٰ ما يقرب من ٣٠٠٠ قدم في قمة جبل كانكاماجوس. (المترجم).

بوسطن، كما ظلّ علىٰ ما يرام إلىٰ أن أنجب هو وزوجته طفلهما الأول؛ وبعد فترة وجيزة من ولادة الطفل عادت زوجته -الممرِّضة- إلىٰ عملها في حين قرر هو البقاء في البيت للاعتناء بوليدهما وتجهيز خطبته الأسبوعية وغير ذلك من واجبات الأسقفية، وفي اليوم الأول الذي تُرك فيه بمفرده مع الطفل، بدأ الطفل في البكاء، فوجد توم نفسه مغمورًا فجأة بصور لا تطاق لأطفال يحتضرون في فيتنام.

اضطر بيل إلىٰ الاتصال بزوجته لتتولىٰ رعاية الطفل ثم هرع إلىٰ شئون المحاربين في حالة من الهلع، ووصف لنا أنه ظل يسمع أصوات بكاء الأطفال ويرىٰ صور وجوه أطفال محترقة وملطخة بالدماء؛ فظن زملائي الأطباء أنه مصاب بالذهان بالتأكيد، لأن الكتب المرجعية في ذلك الوقت كانت تقول إن الهلاوس السمعية والبصرية من أعراض الفصام الارتيابي، كما أن هذه الكتب ذاتها التي نصت علىٰ هذا التشخيص قدمت أيضًا سببًا له: ذهان بيل ناتج علىٰ الأرجح عن شعوره بانصراف مودة زوجته عنه إلىٰ طفلهما الجديد.

عندما وصلتُ إلىٰ عيادة الاستقبال في ذلك اليوم رأيت بيل محاطًا بأطباء قلقين يجهِّزون إجراءات حقنه بعقار قوي مضاد للذهان ثم إرساله إلىٰ جناح مغلق؛ فوصفوا لي أعراضه وسألوني عن رأيي، ونظرًا لعملي في وظيفة سابقة بجناح متخصص في علاج مرضىٰ الفصام فقد أثار هذا اهتمامي؛ كان هناك أمر بشأن التشخيص لا يبدو صائبًا، لذا سألت بيل ما إذا كان بإمكاني التحدث معه، وبعد سماع قصته، صاغ لساني بمحض الصدفة شيئًا قاله سيغموند فرويد Sigmund Freud عن الصدمة عام ١٨٩٥م: «أظن أن هذا الرجل يعاني من الذكريات»؛ ثم أخبرت بيل بأنني سأحاول مساعدته ثم -بعد أن عرضت عليه بعض الأدوية للسيطرة علىٰ هلعه- سألته ما إذا كان راغبًا في العودة بعد بضعة أيام للمشاركة في دراسة الكوابيس الخاصة بي ٥، فوافق.

أعطينا المشاركين «اختبار رورشاخ»[1] ٦ كجزء من تلك الدراسة، وخلافًا

(١) اختبار رورشاخ Rorschach test: هو اختبار إسقاطي يُسأل فيه المفحوص عن الشكل الذي تكوِّنه نقطة حبر علىٰ ورقة، ومن تفسيره يمكن الاستدلال علىٰ حالته النفسية (ص).

للاختبارات التي تتطلب إجابات عن أسئلة مباشرة، فيكاد يكون من المستحيل تزييف استجابات اختبار رورشاخ؛حيث يوفر لنا رورشاخ طريقة فريدة لملاحظة كيف يشيد الناس صورة ذهنية مما هو في الأساس منبه عديم المعنىٰ: وهو بقعة الحبر؛ ونظرًا لأن البشر كائنات خالقة للمعنىٰ فإننا نميل إلىٰ ابتكار صورة أو قصة ما من بقع الحبر تلك -تمامًا كما نفعل حينما نستلقي في روضة في يوم صيفي جميل فنرىٰ صورًا في السحب الجارية في السماء- وإن ما يصنعه الناس من هذه البقع يمكن أن يخبرنا بالكثير عن كيفية عمل أذهانهم.

حين رأىٰ بيل البطاقة الثانية من اختبار رورشاخ، صاح مرعوبًا: «هذا هو ذلك الطفل الذي رأيت قذيفة تفجره في فيتنام: ففي المنتصف ترىٰ الجسد المتفحم، والجروح؛ والدم متدفق في كل مكان»، كما كان يلهث والعرق ينسال من جبينه، ولاحظنا أنه كان في حالة هلع مماثلة لتلك التي جلبته في بادئ الأمر إلىٰ عيادة المحاربين، ورغم أنني كنت قد استمعت سابقًا إلىٰ المحاربين القدامىٰ وهم يصفون ارتداداتهم الذكروية، إلا أن هذه كانت أول مرة أشهد فيها واحدة بالفعل؛ ففي تلك اللحظة بالذات داخل مكتبي، كان من الواضح أن بيل يرىٰ نفس الصور، ويشم نفس الروائح، ويشعر بنفس الأحاسيس الجسدية التي شعر بها أثناء الحدث الأصلي، وذلك بعد مرور عشر سنوات علىٰ حمله اليائس لرضيع يحتضر بين ذراعيه؛ لقد كان بيل يعاود عيش الصدمة استجابة لبقعة حبر.

إن شهودي المباشر لارتدادة بيل الذكروية داخل مكتبي قد ساعدني علىٰ إدراك الوجع الذي كانت تتكرر زيارته للمحاربين القدامىٰ الذين كنت أحاول علاجهم،كما ساعدني علىٰ الانتباه مجددًا إلىٰ شدة أهمية إيجاد حل؛ إذ أن الحدث الصدمي نفسه -مهما كانت فظاعته- له بداية، ومنتصف، ونهاية، لكنني آنذاك رأيت أن الارتدادات الذكروية يمكن أن تكون أسوأ؛ إذ لا يستطيع المرء بتاتًا أن يعرف متىٰ ستعتدي عليه مجددًا وليس لديه أي وسيلة لمعرفة متىٰ ستتوقف هذه الارتدادات؛ ولقد استغرق الأمر مني سنوات عديدة لأتعلم كيفية العلاج الناجع للارتدادات الذكروية، وقد تبين أثناء هذا المسعىٰ أن بيل هو أحد أهم ناصِحِيّ.

عندما أجرينا اختبار رورشاخ لواحد وعشرين محاربًا آخرين، كانت الاستجابة متماثلة: كان رد فعل ستة عشر منهم -عند رؤية البطاقة الثانية- كأنهم يختبرون صدمة حربية؛ ومن الجدير بالذكر أن البطاقة الثانية هي البطاقة الأولىٰ التي تحتوي علىٰ لون وغالبًا ما تثير لدىٰ المبحوثين ما يسمىٰ بصعقة اللون استجابةً لذلك؛ كما تأوّل المحاربون هذه البطاقة بأوصاف مثل: «هذه أحشاء صديقي «جيم» بعد أن مزقته قذيفة مدفعية» و«هذه رقبة صديقي «داني» بعد أن انفجرت رأسه بقذيفة أثناء تناولنا الغداء»، لكن لم يذكر أي منهم رهبانًا يرقصون، أو فراشات ترفرف، أو رجالًا يركبون دراجات نارية، أو أيًا من الصور العادية الأخرىٰ -بل غريبة الأطوار أحيانًا- التي يراها معظم الناس.

في حين أن غالبية المحاربين أصيبوا بتوعك بالغ مما رأوه، إلا أن ردود فعل الخمسة الباقين كانت أشد إقلاقًا: لقد انمحىٰ كل فكر من أذهانهم؛ وكانت ملاحظة أحدهم: «هذه مجرد لطخات حبر، ليس إلا»؛ ولقد كانوا علىٰ حق بالطبع، لكن استجابة الإنسان الطبيعية للمنبهات الغامضة هي استخدام الخيال لإضفاء معنىٰ ما عليها.

وهكذا علمتنا اختبارات رورشاخ أن المصدومين يميلون إلىٰ طباعة صدماتهم علىٰ كل ما حولهم ويلاقون صعوبة في فك تشفير أيًا مما يجري حولهم؛ كما تعلمنا أن الصدمة تؤثر علىٰ الخيال؛ إذ أن الخمسة الذين لم يروا شيئًا في البقع قد فقدوا القدرة علىٰ السماح لعقولهم باللعب؛ بل حدث هذا -أيضًا- مع الستة عشر الآخرين؛ إذ أثناء مشاهدتهم أحداثًا من الماضي في تلك البقع لم يُظهروا المرونة الذهنية التي هي السمة المميزة للخيال؛ وإنما واصلوا إعادة تشغيل الشريط القديم فحسب.

إن الخيال أمر بالغ الأهمية لجودة حياتنا؛ إذ يتيح لنا مغادرة معيشتنا اليومية الروتينية بواسطة استيهام السفر، أو الطعام، أو الجنس، أو الوقوع في الحب، أو امتلاك مقاليد الأمور، أي كل ما يجعل الحياة مشوّقة؛ كما يمنحنا الفرصة لتصور احتمالات جديدة، ويُعتبر نقطة انطلاق أساسية لتحقيق آمالنا، وبهذا يحفز إبداعنا، ويذهب عنا الملل، ويخفف من آلامنا، ويزيد من سعادتنا، ويثري

علاقاتنا الأشد حميمية؛ لكن حين يُسحب الناس إلىٰ الماضي سحبًا قهريًا ومستمرًا إلىٰ آخر مرة شعروا فيها بالانخراط الشديد والعواطف العميقة، فإنهم يعانون من فشل الخيال، أي فقدان المرونة الذهنية. وبدون الخيال فلا وجود للأمل، ولا فرصة لتصور مستقبل أفضل، ولا مكان نذهب إليه، ولا هدف نسعىٰ لبلوغه.

كما علمتنا اختبارات رورشاخ أن المصدومين ينظرون إلىٰ العالم بطريقة مختلفة جوهريًا عن الآخرين؛ فبالنسبة لمعظمنا، الرجل المتجول في الطريق هو مجرد شخص يمشي، لكن ضحية الاغتصاب قد تراه شخصًا علىٰ وشك التحرش بها فينتابها الهلع؛ وقد يكون تواجد المدرس المتعنت في غرفة الصف أمرًا مخيفًا لطفلة عادية، لكن الطفلة التي يبرحها زوج أمها ضربًا قد تنظر إليه بصفته جلّادًا فتندفع إلىٰ نوبة حنقية أو تنكمش مرعوبة في زاوية الصف.

عالق في الصدمة:

كانت عيادتنا مُغرَقة بالمحاربين القدامىٰ الذين يبحثون عن مساعدة نفسانية، ورغم ذلك، فبسبب النقص الحاد في الأطباء المؤهلين، كان كل ما يمكننا فعله هو وضع معظمهم علىٰ قائمة الانتظار، حتىٰ مع استمرارهم في معاملة أنفسهم وعائلاتهم معاملة وحشية؛ لكننا بدأنا نشهد زيادة حادة في اعتقال المحاربين القدامىٰ لارتكابهم جرائم عنيفة ومشاجرات في حالة سكر، بالإضافة إلىٰ عدد مقلق من حالات الانتحار، وحينئذ حصلت علىٰ إذن لتأسيس مجموعة علاجية للمحاربين الشباب العائدين من فيتنام لتكون بمثابة خزان مؤقت إلىٰ أن يبدأ العلاج النفسي «الحقيقي».

وفي الجلسة الافتتاحية للمجموعة المتألفة من جنود مارينز سابقين، تكلم أول رجل مُعلنًا في فتور: «لا أريد التحدث عن الحرب»، فأجبته بأن الأعضاء يمكنهم مناقشة أي شيء يرغبون فيه؛ وبعد نصف ساعة من الصمت الموجع، بدأ أحد المحاربين أخيرًا في التحدث عن تحطم مروحيته؛ ولدهشتي، رأيت الحياة تدب في الباقين علىٰ الفور، حيث وجدتهم يتحدثون بانفعال شديد عن خبراتهم

الصدمية، ثم عادوا جميعهم لجلسة الأسبوع التالي وكذلك الذي تلاه؛ فلقد وجدوا داخل المجموعة صدىٰ ومعنىٰ لما كان سابقًا مجرد حس بالرعب والخواء، كما شعروا بتجدد حس الرفقة الذي كان ذا أهمية بالغة في خبرتهم الحربية، بل امتد الأمر بإصرارهم علىٰ أن أكون جزءًا من فرقتهم الجديدة وإهدائهم لي زي قائد المارينز في عيد ميلادي؛ وبتأملي الآن في هذا الأمر، فلقد كشفت تلك البادرة عن جانب من المشكلة: إما أنك بالداخل وإما بالخارج؛ إما أنك منتمٍ إلىٰ الفرقة وإما أنك نكرة؛ لقد أصبح العالم بعد الصدمة منقسمًا انقسامًا حادًا إلىٰ أولئك الذين يعلمون وأولئك الذين لا يعلمون، ولا يمكن الوثوق في الذين لم يشاركوا في الخبرة الصدمية، لأنهم لا يستطيعون فهمها؛ وللأسف، فغالبًا ما يشمل هذا الأزواج، والأبناء، وزملاء العمل.

ثم توليت لاحقًا قيادة مجموعة علاجية أخرىٰ، وكانت هذه المرة للمحاربين القدامىٰ الذين شاركوا في جيش الجنرال باتون، وكانوا جميعًا آنذاك في السبعينيات من عمرهم -أي في عمر والدي-، وكنا نلتقي في الساعة الثامنة صباح يوم الاثنين؛ ورغم أن العواصف الثلجية الشتوية في بوسطن كانت أحيانًا تشل حركة نظام النقل العام، إلا أنني كنت أندهش من حضورهم جميعًا حتىٰ أثناء تلك العواصف، بل كان بعضهم يمشي عدة أميال عبر الثلج حتىٰ يصل إلىٰ عيادة المحاربين؛ ثم أهدوني في عيد الكريسماس ساعة يد خاصة بجنود الجيش الأمريكي تعود إلىٰ أربعينيات القرن العشرين؛ وكما كان الحال مع مجموعة المارينز، فلا يمكن لي أن أكون طبيبهم إلا إذا جعلوني واحدًا منهم.

ثم أصبحت حدود العلاج الجماعي واضحة حينما تغير موضوعه عن هذه الخبرات، إذ حينما حثثت الرجال علىٰ التحدث عن القضايا التي كانوا يواجهونها في حياتهم اليومية -علاقتهم بزوجاتهم، وأطفالهم، وخليلاتهم، وعائلاتهم؛ بالإضافة إلىٰ تعاملهم مع أرباب عملهم والرضا عن عملهم؛ وإفراطهم في شرب الكحول-، كانت استجابتهم النمطية هي الإحجام والمقاومة، وبدلًا من تحدثهم عن هذه الأمور، أخذوا يسردون مجددًا كيف غمسوا خنجرًا في قلب جندي ألماني في غابة هورتجن أو كيف أُسقطت مروحيتهم في غابات فيتنام.

وسواء كانت الصدمة قد انقضت منذ عشر سنوات أو أكثر من أربعين سنة، فلم يكن بمقدورهم سد الفجوة التي بين خبراتهم الحربية وبين حياتهم الحالية؛ وبطريقة ما أصبح الحدث نفسه الذي تسبب لهم في ألم شديد هو المصدر الوحيد للمعنىٰ، فلم يكونوا يشعرون بالمحيا التام إلا حين يعيدون زيارة ماضيهم الصدمي.

تشخيص الكرب التالي للصدمة:

في باكورة أيامنا بشئون المحاربين، وسمْنا المحاربين بجميع أنواع التشخيصات -إدمان الكحول، ومعاقرة (تعاطي) المواد[1]، والاكتئاب، واضطراب المزاج، بل حتىٰ الفصام- وجربنا كل علاج في كتبنا المرجعية، ولكن اتضح رغم كل جهودنا أن إنجازنا في واقع الأمر ضئيل جدًا؛ إذ كانت العقاقير القوية التي نصفها تترك الرجال في حالة تشوش شديد لدرجة أنهم لم يكونوا قادرين علىٰ تأدية وظائفهم الحياتية إلا بشق الأنفس؛ وأننا عندما كنا نستحثهم علىٰ التحدث عن التفاصيل الدقيقة للحدث الصدمي، فغالبًا ما كنا نستثير عن غير قصد ارتدادة ذكروية في أَوْجِ الشدة، بدلًا من مساعدتهم علىٰ حل المشكلة؛ وبهذا كانت النتيجة هي انسحاب كثير منهم من العلاج، وذلك لأننا لم نفشل فحسب في تقديم العون، بل لأننا تسببنا أحيانًا في ازدياد الأمور سوءًا.

ثم حدثت نقطة تحول في عام ١٩٨٠م حين نجحت مجموعة من قدامىٰ الحرب الفيتنامية -بمساعدة من المحللّين النفسيين من مدينة نيويورك حاييم شاتان Chaim Shatan وروبرت ليفتون Robert J. Lifton- في الضغط علىٰ «الجمعية الأمريكية للطب النفسي»[2] لإنشاء تشخيص جديد: وهو «اضطراب الكرب التالي للصدمة»، الذي وصف مجموعة الأعراض التي كانت شائعة -بدرجات متفاوتة- بين جميع المحاربين لدينا؛ وقد كان هذا عظيم الفائدة؛ فبتحديد الأعراض تحديدًا منهجيًّا وتجميعها معًا لتمثل اضطرابًا، تم إعطاء اسم أخيرًا لما يعاني منه

(1) substance use.

(2) American Psychiatric Association.

هؤلاء المنسحقون تحت وطأة الرعب والعجز؛ إذ بوجود الإطار المفاهيمي لاضطراب الكرب التالي للصدمة، تم تمهيد الطريق لتغيير جذري في فهمنا لمرضانا، وقد أدىٰ هذا في نهاية المطاف إلىٰ انفجار في الأبحاث ومحاولات لإيجاد أساليب علاجية ناجعة.

لقد ألهمتني الإمكانات التي قدمها هذا التشخيص الجديد، لذا قدمت اقتراحًا إلىٰ شئون المحاربين بإجراء دراسة حول بيولوجيا الذكريات الصدمية: هل تختلف ذكريات مَن يعانون من اضطراب الكرب التالي للصدمة عن ذكريات الآخرين؟ إذ في حالة معظم الناس تتلاشىٰ ذكرىٰ الحدث المزعج في نهاية المطاف أو يتم تحويلها إلىٰ شيء أكثر اعتدالًا، لكننا وجدنا أن معظم مرضانا لم يتمكنوا من تحويل ماضيهم إلىٰ قصة حدثت منذ زمن بعيد7.

وجاء السطر الافتتاحي لبيان رفض المنحة كالآتي: «لم يُثبَت قط أن اضطراب الكرب التالي للصدمة ذو صلة بمهمة «وزارة شئون المحاربين القدامىٰ» » -ومن الجدير بالذكر أن مهمة «وزارة شئون المحاربين القدامىٰ» صارت بعد ذلك متمحورة حول تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة وإصابات الدماغ، كما تم تكريس موارد ضخمة لتطبيق «الأساليب العلاجية القائمة علىٰ الدليل»[١] علىٰ المحاربين القدامىٰ المصدومين. لكن في ذلك الوقت كانت الأمور مختلفة-؛ ولنفوري من مواصلة العمل في منظمة رؤيتها للواقع مخالفة تمامًا لرؤيتي، قدمت استقالتي؛ ثم في عام ١٩٨٢م، توليت منصبًا في «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»[٢] -وهو مستشفىٰ هارفارد التعليمي حيث تلقيت تدريب الطب النفسي-، وكانت مسؤوليتي الجديدة تدريس مجال حديث النشأة: الفارماكولوجيا النفسية[٣]، وهو علم يهتم بإعطاء الأدوية للتخفيف من الأمراض النفسية.

---

(١) Evidence-Based Treatments: الأساليب العلاجية المرتكزة علىٰ البراهين والأدلة العلمية. (ح).

(2) Massachusetts Mental Health Center.

(٣) Psychopharmacology: فرع من علم الأدوية يتناول تأثيرات الأدوية علىٰ الوظيفة العقلية والنفسية. (ح).

كنت أواجه في وظيفتي الجديدة -بشكل شبه يومي- مشكلات ظننت أنني كنت قد تركتها وراء ظهري في شئون المحاربين، لكن خبرتي مع المحاربين قد ساعدتني علىٰ التنبه الشديد لتأثير الصدمة بحيث أصبحت أستمع آنذاك بإدراك مختلف تمامًا حين يخبرني المرضىٰ المصابون بالاكتئاب والقلق قصصًا عن التحرش الجنسي والعنف الأسري؛ ولقد صُعقْتُ من عدد المريضات اللاتي تحدثن عن تعرضهن للانتهاك الجنسي في طفولتهن، فلقد كان هذا محيرًا؛ إذ كان الكتاب المرجعي القياسي للطب النفسي آنذاك يصرح بأن إتيان المحارم[1] أمر نادر للغاية في الولايات المتحدة، إذ يحدث مرة تقريبًا في كل مليون امرأة٨، ونظرًا لوجود حوالي مائة مليون امرأة تعيش في الولايات المتحدة آنذاك، فقد تساءلت متعجبًا كيف وجد سبع وأربعون منهن، أي حوالي نصف النسبة المذكورة، طريقهن إلىٰ عيادتي ببدروم المستشفىٰ.

وأدهىٰ من ذلك أن هذا الكتاب المرجعي قد قال: «يوجد اعتراض كبير علىٰ أن إتيان المحارم بين الأب والابنة يلعب دورًا في سَيكوباثولوجيا (اختلاف نفسي) خطيرة لاحقة»، لكن مريضاتي اللائي كن لديهن تاريخ من إتيان المحارم لم يكن خاليات من «سَيكوباثولوجيا لاحقة»؛ إذ كن يعانين من الاكتئاب والارتباك الشديدين، وغالبًا ما كن ينخرطن في سلوكيات غريبة مؤذية للذات، كجرح أنفسهن بشفرات الحلاقة؛ بل ذهب الكتاب المرجعي أبعد من ذلك ليؤيد عمليًّا إتيان المحارم، موضحًا أن «مثل هذا النشاط الزِّنائي يقلل من احتمال إصابة الحالة بالذهان كما يسمح بتكيف أفضل مع العالم الخارجي»٩؛ وفي الواقع، كما ثبت لاحقًا، فلقد كان لإتيان المحارم آثار مدمرة علىٰ عافية النساء.

لم يكن هؤلاء المريضات -من نواحٍ عديدة- مختلفات جدًّا عن المحاربين القدامىٰ الذين كنت قد تركتهم خلفي للتو في شئون المحاربين؛ إذ كن يعانين أيضًا من كوابيس وارتدادات ذكروية، كما كن يتبدلن بين نوبات حنقية انفجارية

---

(١) Incest: تعرف هذه الحالة بأنها تشمل أية ممارسة جنسية بين أقارب الدم، وفي تعريف أوسع فهي تشمل كل من تربطهم صلة قرابة يُتعارف علىٰ أنها تمنع الارتباط الجنسي بينهم، فلا تقتصر علىٰ الأب أوالعم والخال والإخوة بل تشمل الأصهار وغير الأشقاء بين الإخوة. (ص).

عَرَضية وفترات طويلة من الانطفاء الانفعالي؛ كما كان معظمهن يواجهن صعوبة كبيرة في الانسجام مع الآخرين كما كن يلاقين صعوبة في الحفاظ علىٰ العلاقات القَيِّمة.

وعلىٰ حد علمنا الآن فليست الحرب هي الكارثة الوحيدة التي تترك حياة البشر في حالة من الخراب؛ ففي حين أن ربع الجنود الذين يقضون خدمتهم في ميادين الحرب من المتوقع أن يُصابوا بمشاكل خطيرة تالية للصدمة١٠ فإن معظم الأمريكان يتعرضون لجريمة عنيفة في وقت ما خلال حياتهم، فلقد كشفت التقارير الدقيقة أن هناك اثني عشر مليون امرأة في الولايات المتحدة كنَّ ضحايا للاغتصاب، وأن أكثر من نصف حالات الاغتصاب تحدث للفتيات دون سن الخامسة عشر١١؛ وأن كثيرًا من الناس تبدأ حربهم داخل البيت: إذ يتم الإبلاغ سنويًا في الولايات المتحدة عن حوالي ثلاثة ملايين طفل ضحية لانتهاك الطفل وإهماله، وأن مليون حالة من هذه الحالات خطيرة وذات مصداقية بما يكفي لإجبار خدمات حماية الطفل المحلية أو المحاكم علىٰ اتخاذ الإجراءات١٢؛ وبعبارة أخرىٰ: مقابل كل جندي يخدم في ميدان حرب خارج البلاد هناك عشرة أطفال معرضون للخطر داخل بيوتهم، وهذا أمر مأساوي للغاية، إذ من الصعب جدًّا علىٰ الأطفال الذين في طور النمو أن يتعافوا حين يكون مصدر الرعب والألم ليس المقاتلين الأعداء وإنما القائمين علىٰ رعايتهم.

فهم جديد:

لقد تعلمنا الكثير جدًّا خلال العقود الثلاثة التي تلت التقائي بتوم، ليس فقط عن تأثير الصدمة وأعراضها بل أيضًا عن طرق مساعدة المصدومين علىٰ العثور علىٰ طريق العودة؛ فمنذ أوائل التسعينيات بدأت أدوات التصوير الدماغي في إظهار ما يحدث حقًّا داخل أدمغة المصدومين، ولقد ثبت أن هذا ضروري لفهم الضرر الذي تسببه الصدمات ووجهنا إلىٰ صياغة طرائق جديدة تمامًا للإصلاح.

كما بدأنا نفهم كيفية تأثير الخبرات الساحقة علىٰ أعمق أحاسيسنا وعلىٰ علاقتنا بواقعنا الجسدي؛ الذي هو صميم كينونتنا؛ وتعلمنا أن الصدمة ليست مجرد حدث وقع في وقت ما بالماضي؛ فهي أيضًا البصمة التي تركتها تلك الخبرة علىٰ العقل، والدماغ، والجسد؛ وأن لهذه البصمة عواقب مستمرة علىٰ سعي الإنسان للنجاة في الحاضر.

لقد وجدنا أن الصدمة تتسبب في إعادة تنظيم جذرية للكيفية التي يدير بها الذهنُ والدماغُ الإدراكات الحسية؛ فهي لا تغير فقط طريقة تفكيرنا وما نفكر فيه، بل أيضًا مقدرتنا علىٰ التفكير، كما اكتشفنا أن مساعدة ضحايا الصدمات في العثور علىٰ كلمات لوصف ما حدث لهم هو أمر ذو أهمية عميقة، لكنه عادة لا يكون كافيًا؛ فالقيام برواية القصة لا يغير بالضرورة الاستجابات الجسدية والهرمونية التلقائية داخل الأجساد التي تظل مفرطة اليقظة ومتأهبة لوقوع الاعتداء أو الانتهاك في أي وقت؛ ولكي يحدث التغيير الحقيقي يحتاج الجسد إلىٰ إدراك أن الخطر قد انتهىٰ وأن يعيش في واقع الحاضر؛ وهكذا قادنا بحثنا الرامي إلىٰ فهم الصدمة إلىٰ تغيير منظورنا، ليس فقط لبنية الذهن، بل أيضًا للعمليات التي يتعافىٰ من خلالها.

الفصل الثاني
ثورات في فهمنا للعقل والدماغ

كلما زاد الشك زادت الصحوة، وكلما قل قلت؛ فلا صحوة بدون شك.

- **غارما تشانغ** Garma Chang، **كتاب: ممارسة الزِن** The Practice of Zen[(١)]

أنت تعيش داخل هذا الزمن القليل الذي لديك، لكن هذا الزمن لا يمثل حياتك الخاصة فحسب، وإنما هو تلخيص لكل الحيوات الأخرىٰ المتزامنة مع حياتك . . . . فما أنت عليه إنما هو تعبير عن «التاريخ».

- **روبرت بن وارن** Robert Penn Warren، **رواية:** World Enough and Time

في أواخر الستينيات، بعد انتهاء عامي الأول بكلية الطب وبداية الإجازة الدراسية، أصبحت شاهدًا عرَضيًّا علىٰ تحول عميق في المقاربة الطبية للمعاناة النفسية؛ إذ كنت قد تمكنت من الفوز بوظيفة مرموقة كمرافق في جناح الأبحاث بـ «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»، حيث كنت مسؤولًا عن تنظيم الأنشطة الترفيهية للمرضىٰ؛ فلطالما اعتبر مركز ماساتشوستس أحد أرقىٰ مستشفيات الطب النفسي في بلادنا، جوهرة في تاج الإمبراطورية التعليمية لكلّية طب جامعة هارفارد؛ وكان الهدف من إجراء الأبحاث في جناحي هو تحديد هل العلاج النفسي أم الأدوية هو أفضل طريقة لعلاج الشباب والشابات الذين شُخِّصوا بمرض الفصام بعد أول انهيار نفسي/ ذهني أصابهم.

---

(١) زِنْ هي طائفة يابانية من الماهايانا البوذية، تفَرَّعت عن فرقة «تشان» البوذية الصينية؛ وكلمة زن تعني استغراق التفكير أو التأمل (ويكيبيديا).

كان العلاج الكلامي -وهو فرع من فروع التحليل النفسي الفرويدي- لا يزال هو العلاج الأساسي للمرض النفسي في «مركز ماساتشوستس»، غير أن مجموعة من العلماء الفرنسيين اكتشفوا في أوائل الخمسينيات مركبًا جديدًا، وهو «كلوربرومازين» chlorpromazine (الذي يباع تحت الاسم التجاري «ثورازين» Thorazine)، استطاع أن «يهدّئ» المرضىٰ ويخفف من اهتياجهم وضلالاتهم[1]؛ وقد بث ذلك الأمل في إمكانية ابتكار عقاقير لعلاج المشكلات النفسية الخطيرة كالاكتئاب، والهلع، والقلق، والهوس[2]، بالإضافة إلىٰ ترويض بعض أعراض الفصام المثيرة للفوضىٰ الشديدة.

وبصفتي مرافقًا فلم يكن لي أي علاقة بالجانب البحثي للجناح، ولم أكن أُنَبَّأ قط بالعلاج الذي كان يتلقاه أي من المرضىٰ؛ وكانوا جميعًا علىٰ مقربة من عمري: طلاب جامعيون من جامعة هارفارد، و«معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا» MIT، وجامعة بوسطن؛ كان بعضهم قد حاول الانتحار، وكان البعض الآخر قد جرحوا أنفسهم بالسكاكين أو شفرات الحلاقة، في حين كان العديد منهم قد هاجموا زملاء سكنهم أو أرهبوا آباءهم أو أصدقاءهم بسلوكهم غير العقلاني الذي لا يمكن التنبؤ به؛ وكانت وظيفتي هي إبقاءهم منخرطين في الأنشطة العادية لطلاب الجامعة، كالأكل في مطعم البيتزا المحلي، والتخييم في غابة الإقليم القريبة، وحضور مباريات البيسبول المحلية، والإبحار في نهر تشارلز.

---

(١) الضُّلال أو الزُهام delusions: هو أحد الأعراض النفسية الذهانية الهامة، ويعني وجود اعتقاد شخصي ليس له أساس من الصحة، مبني علىٰ انطباعات لا تتفق مع الواقع ولا مع ما يحيط بالمريض من أحداث ومن حقائق عائلية واجتماعية مدعومة ببراهين وبإثباتات. وللضلالات أنواع مختلفة تصاحب حالات الفصام والهوس والاكتئاب؛ فقد تكون الضلالات غريبة مثل المريض الذي يعتقد بأنه مراقب بأجهزة فضائية، وقد تبدو شبه منطقية مثل الموظف الذي يشعر بأنه مضطهد من رؤسائه، ومن أنواعها أيضًا: العَدَمية، والاضطهاد، والعظمة، وتوهم التحكم والسيطرة. (ح) (ص).

(٢) الهوس mania: تتميز حالات الهوس بزيادة الحركة والنشاط، والمزاج العالي (علىٰ عكس الاكتئاب) وتطاير الأفكار والإسراف والهياج وسرعة الاستثارة. (ص).

ولكوني جديدًا تمامًا في هذا المجال، فقد كنت أجلس باهتمام شديد أثناء اجتماعات الجناح، محاولًا فك شيفرة كلام المرضىٰ المعقد وطريقة تفكيرهم؛ كما تعين علي تعلم التعامل مع نوباتهم الانفجارية غير العقلانية وانسحابهم المرتعب؛ بل إنني وجدت ذات صباح مريضة تقف متسمرة في غرفة نومها، رافعة ذراعها في وضعية دفاعية، ووجهها متجمد خوفًا، وظلت علىٰ هذه الهيئة، بلا حراك، لمدة اثنتي عشرة ساعة علىٰ الأقل؛ ولقد أعطاني الأطباء اسم حالتها، الجامود[1]، لكن حتىٰ الكتب المرجعية التي استرشدتها لم تخبرني بما يمكن فعله حيال ذلك؛ لذا كنا نترك الأمر يأخذ مجراه فحسب.

الصدمة وقت السَّحَر:

لقد قضيت العديد من الليالي وعطلات نهاية الأسبوع داخل الوحدة، مما كشف لي أمورًا لم يرها الأطباء قط خلال زياراتهم الوجيزة: حين كان المرضىٰ يعجزون عن النوم فغالبًا ما كانوا يتجولون في أَرْوابهم[2] المقيَّدة بإحكام داخل قسم الرعاية المظلم لتبادل الحديث، وقد بدا أن هدوء الليل كان يساعدهم علىٰ الانفتاح، فلقد أخبروني بقصص عن تعرضهم للضرب، أو الاعتداء، أو التحرش الجنسي، من والديهم في أغلب الأحيان، وأحيانًا من الأقارب، أو زملاء الدراسة، أو الجيران؛ كما شاركوا ذكريات عن استلقائهم علىٰ سريرهم ليلًا، شاعرين بالعجز والرعب، لسماعهم صراخ أمهم وهي تتعرض للضرب من أبيهم أو من خليل، أو سماعهم صياح الوالدين وتوجيههما تهديدات فظيعة لبعضهما، أو سماعهم أصوات تحطيم الأثاث؛ كما أخبرني آخرون عن الآباء الذين كان يعودون إلىٰ المنزل سكرانين، وعن سماع خطىٰ أقدامهم علىٰ بسطة الدرج، وترقب دخولهم، ثم سحبهم لهم من الفراش، ومعاقبتهم علىٰ إهانات متوهَّمة؛

---

(١) الجامود catatonia: يدل هذا المصطلح علىٰ وجود أعراض حركية غريبة نتيجة لأسباب نفسية، أو الميل إلىٰ الخمود وعدم التحرك أو الاستجابة للمنبهات المحيطية. من حالات الجامود اتخاذ أوضاع معينة والاستمرار في ذلك، ويحدث ذلك في بعض أنواع الفصام. (ح) و(ض).

(٢) جمع رُوب، وهو نوع من الثِّياب يشبه العباءة. (المترجم).

كما استحضر عديد من النساء ذكرىٰ الاستلقاء ليلًا بلا حراك، في ترقب ما لا مفر منه؛ دخول أخ أو أب للتحرش بهن.

كان الأطباء الصغار يعرضون حالاتهم خلال الجولات الصباحية علىٰ مشرفيهم، وهو طقس كان مسموحًا لمرافقي الجناح بالتفرج عليه في صمت، لكنهم نادرًا ما كانوا يذكرون قصصًا كتلك التي كنت أسمعها، ورغم ذلك فلقد أكدت العديد من الدراسات اللاحقة أهمية اعترافات منتصف الليل تلك: نعلم الآن أن أكثر من نصف الذين يسعون للحصول علىٰ الرعاية النفسانية قد تعرضوا للاعتداء، أو الهجر، أو الإهمال، أو حتىٰ الاغتصاب في مرحلة الطفولة، أو شهدوا عنفًا داخل أسرتهم[1]؛ لكن هذه الخبرات بدت غير مأخوذة في الاعتبار أثناء الجولات، وكثيرًا ما اندهشت من الأسلوب الفاتر الذي يناقشون به أعراض المرضىٰ ومن مقدار الوقت الذي يُقضىٰ في محاولة السيطرة علىٰ أفكارهم الانتحارية وسلوكياتهم المدمرة للذات بدلًا من السعي لفهم الأسباب المحتملة لشعورهم باليأس والعجز؛ كما كنت متفاجئًا من مدىٰ ضآلة اهتمامهم بإنجازات المرضىٰ وتطلعاتهم، وبالذين يكترث المريضُ لأمرهم، أو يحبهم، أو يكرههم؛ وبالأمور التي تحفز المرضىٰ وتدفعهم إلىٰ الانخراط، وبالأمور التي تبقيهم عالقين، وبالأمور التي تشعرهم بهدوء البال؛ وبعبارة أخرىٰ: إيكولوجيا حياتهم.

بعد بضع سنوات، حين صرت طبيبًا حديث التخرج، واجهت مثالًا صارخًا للغاية علىٰ النموذج الطبي قيد التطبيق؛ إذ كنت آنذاك أعمل بوظيفة إضافية لدىٰ مستشفىٰ كاثوليكي، حيث أجري فحوصات جسدية للنساء اللائي أُدخِلن للعلاج من الاكتئاب باستخدام الصدمات الكهربائية، ولأن ذاتي فضولية ومغتربة فقد كنت أعلو بنظري عن تقاريرهن لأسألهن عن حياتهن، وقد روىٰ العديد منهن قصصًا عن الحياة الزواجية المؤلمة، والأطفال الصعاب، والشعور بالذنب من الإجهاض؛ ومن العجيب أن وجوههن كانت تشرق وتتلألأ عقب تكلمهن وغالبًا ما كن يشكرنني كثيرًا علىٰ استماعي إليهن، بل قد تساءل بعضهن ما إذا كن لا يزلن بحاجة حقًا إلىٰ الصدمات الكهربائية بعد إزاحتهن هذا الثقل الكبير عن صدورهن؛ لكنني كنت أشعر بالحزن دائمًا في نهاية هذه اللقاءات لعلمي أن

العلاجات التي سيتلقينها في صباح اليوم التالي ستمحو ذكرىٰ حديثنا تمامًا؛ لذا لم يطل مكوثي في تلك الوظيفة.

غالبًا ما كنت أذهب في أيام إجازتي من جناح مركز ماساتشوستس إلىٰ «مكتبة كاونت واي الطبية»[1] للبحث عن مزيد من المعلومات عن المرضىٰ الذين يفترض مني مساعدتهم، ثم عثرت بمحض الصدفة في عصر يوم سبت علىٰ أُطْرُوحَة لا تزال مُبَجَّلة إلىٰ يومنا هذا: الكتاب المرجعي الذي ألفه يوجين بلولر Eugen Bleuler وصدر عام ١٩١١م: «الخرف المبكر»[2]؛ وقد كانت ملاحظات بلولر ساحرة:

من الجلي أن الهلاوس الجنسية هي النوع الأكثر شيوعًا وأهمية بين الهلاوس الجسدية الفصامية؛ وفيها يختبر هؤلاء المرضىٰ كل نشوات ولذات الإشباع الجنسي الطبيعي وغير الطبيعي، بل حتىٰ -وذلك في أكثر الأحيان- كل ممارسة فاجرة ومثيرة للاشمئزاز يمكن أن يستحضرها أشد الخيالات فُحشًا: حيث يراق مَنِيّ المرضىٰ الرجال، ويستثار انتصاب مؤلم؛ وتتعرض النساء المريضات للاغتصاب والجرح بأبشع الطرق .... وإن غالبية مثل هذه الهلاوس، علىٰ الرغم من المعنىٰ الرمزي للعديد منها، تتطابق مع أحاسيس حقيقية.٢

وقد دفعني هذا إلىٰ التساؤل: كان مرضانا مصابين بالهلاوس؛ وكان الأطباء يسألون عنها بشكل روتيني ويعتبرونها علامات علىٰ مدىٰ اختلال المرضىٰ؛ لكن إذا كانت القصص التي كنت أسمعها في الساعات الأولىٰ بعد منتصف الليل صحيحة، فهل يمكن أن تكون هذه «الهلاوس» في واقع الأمر عبارة عن ذكريات متشظية لخبرات حقيقية؟ هل كانت الهلاوس محض خليط ناجم عن دماغٍ مريض؟ هل يستطيع الناس اختلاق أحاسيس جسدية لم يختبروها من قبل؟ هل هناك فاصل واضح بين الإبداع والخيال المرَضي؟ بين الذاكرة والخيال؟ لم يستطع العلم الإجابة عن هذه الأسئلة حتىٰ يومنا هذا، لكن الأبحاث أظهرت أن

---

(1) Countway Library of Medicine.

(2) Dementia Praecox.

الذين تعرضوا للإساءة في طفولتهم غالبًا ما يشعرون بأحاسيس (مثل آلام البطن) ليس لها سبب جسدي واضح؛ كما يسمعون أصواتًا تحذرهم من الخطر أو تتهمهم بجرائم شنيعة.

كان من المسلم به أن العديد من المرضىٰ في الجناح كانوا ينخرطون في سلوكيات عنيفة، وغريبة، ومدمرة للذات، خاصة حين كانوا يشعرون بالإحباط، أو خيبة الأمل، أو سوء الفهم؛ كانوا ينفجرون غاضبين، ويقذفون الأطباق، ويكسرون النوافذ، ويجرحون أنفسهم بكِسْرَات الزجاج؛ لم يكن لدي في ذلك الوقت أي فكرة عن السبب المحتمل ليكون رد فعل شخص ما تجاه طلب بسيط «(دعني أنظف شعرك من تلك اللزوجة») هو الحنق أو الارتعاب، وكنت في العادة أتبع خطىٰ الممرضات المحَنَّكات، اللائي كن يُشِرْن إلىٰ الحين الذي يلزم فيه التراجع أو -إذا لم يجدِ ذلك نفعًا- تقييد حركة المريض، ولقد كنت أصاب بالدهشة والقلق بسبب الرضا الذي كنت أشعر به أحيانًا بعد صرعي المريض كي تتمكن الممرضة من إعطاء الحقنة، وأدركت تدريجيًا مقدار تدريبنا المهني الموجه آنذاك نحو مساعدتنا علىٰ الحفاظ علىٰ زمام السيطرة في وجه الحقائق المرعبة والمربكة.

كانت سيلفيا Sylvia طالبة فاتنة الجمال بجامعة بوسطن في التاسعة عشر من العمر، وكانت تجلس عادةً بمفردها في ركن الجناح، يبدو عليها الخوف البالغ ولا تنبس ببنت شفة، لكن سُمْعَتَها المتمثلة في كونها خليلة عضو مهم في مافيا بوسطن كانت تحيطها بهالة من الغموض؛ ومن الجدير بالذكر أنها أضربت عن الطعام لأكثر من أسبوع وتبع ذلك نقصان سريع في وزنها، فقرر الأطباء إطعامها قسرًا؛ وتطلَّب هذا ثلاثة منا لتثبيتها، ورابعًا لدفع أنبوب التغذية المطاطي عبر حلقها، وممرضة لسكب المغذيات السائلة في معدتها؛ ولاحقًا، أثناء أحد اعترافات منتصف الليل، تحدثت سيلفيا في خجل وتردد عن تعرضها للانتهاك الجنسي في طفولتها من قِبل شقيقها وعمها، وحينئذ أدركتُ أن إبداءنا لـ «الرعاية» لا بد أنه كان في نظرها أشبه باغتصاب جماعي؛ ولقد ساعدتني هذه الخبرة -وغيرها من الخبرات المشابهة- في صياغة هذه القاعدة لطلابي: إذا كنت تفعل

بمريض شيئًا لن تفعله بأصدقائك أو بأطفالك، فانظر فيما إذا كنت تكرر عن غير قصد صدمة من ماضي المريض.

كما لاحظت أمورًا أخرىٰ أثناء قيامي بدور قائد الأنشطة الترفيهية: لقد كان المرضىٰ منعدمي الرشاقة ومفتقرين إلىٰ التنسيق الجسدي إلىٰ حد لافت للنظر؛ إذ حين كنا نذهب للتخييم، كان معظمهم يقفون متفرجين في عجزٍ أثناء قيامي بنصب الخيام؛ بل كاد القارب أن ينقلب بنا ذات مرة في نهر تشارلز لأنهم تجمعوا وتصلبوا في الجانب المحجوب عن الريح، عاجزين عن استيعاب أنهم بحاجة لتغيير موضعهم إلىٰ الجانب الآخر لتحقيق توازن القارب؛ وفي مباريات الكرة الطائرة، دائمًا ما كان التنسيق الحركي للموظفين أفضل بكثير من المرضىٰ؛ ومن السمات الأخرىٰ التي كانت مشتركة بينهم أن أشد محادثاتهم استرخاءً كانت تبدو مُتَكلِّفة، ومفتقرة إلىٰ الانسياب الطبيعي للحركات والتعبيرات الوجهية المعتادة بين الأصدقاء؛ ولم تتضح أهمية هذه الملاحظات إلا بعد أن التقيت بالمعالجَين المتخصصين في العلاج النفسي القائم علىٰ الجسد[1]: بيتر ليڤين Peter Levine وبات أوغدن Pat Ogden؛ وفي الفصول القادمة سأستفيض في الحديث عن كيف تُختزن الصدمة داخل أجساد الناس.

فهم المعاناة:

واصلت دراستي بكلية الطب بعد العام الذي أمضيته في جناح البحث، وبعدها -حين صرت طبيبًا حديث التخرج- عدت إلىٰ «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية» لأتدرب كطبيب نفسي، وهو برنامج كنت مبتهجًا لالتحاقي به؛ فلقد تدرب كثير من الأطباء النفسيين المشهورين هناك، من بينهم إريك كانديل Eric Kandel الذي فاز فيما بعد بجائزة نوبل في «الفسيولوجيا والطب»؛ واكتشف ألان هوبسون Allan Hobson خلايا الدماغ المسؤولة عن توليد الأحلام في مختبر

(١) body-based therapy: شكل من أشكال العلاج ينظر إلىٰ العلاقة بين الذهن والجسد، مستخدمًا العلاج النفسي والعلاج الطبيعي للشفاء الشمولي؛ ومثل هذه العلاجات عادةً ما تكون غير لفظية؛ لا تتطلب المحادثة، وإنما تركز علىٰ الطاقة والعواطف المخزنة داخل الجسم. (المترجم).

بدروم المستشفىٰ أثناء تدريبي هناك؛ كما أُجريَت الدراسات الأولىٰ حول الأسس الكيميائية للاكتئاب في هذا المركز؛ لكن عامل الجذب الأكبر بالنسبة لكثير منا نحن الأطباء المقيمين كان هو المرضىٰ؛ إذ كنا نمضي ست ساعات كل يوم برفقتهم ثم نلتقي كمجموعة مع كبير الأطباء النفسيين لمشاركة ملاحظاتنا، وطرح أسئلتنا، والتنافس في إبداء أذكىٰ الملاحظات.

كان معلمنا العظيم، إلفِن سيمراد، يثنينا بشدة عن قراءة كتب الطب النفسي المرجعية خلال عامنا الأول (وقد يفسر نظام التجويع الفكري هذا حقيقة أن معظمنا أصبح فيما بعد قارئًا شرهًا وكاتبًا غزيرًا)؛ لقد أراد سيمراد ألا يؤدي اليقين الزائف للتشخيصات النفسانية إلىٰ حجب إدراكنا للواقع، كما أتذكر أنني سألته ذات مرة: «ماذا ستطلق علىٰ هذا المريض؛ فصامي أم فصامي وجداني؟» فإذ به يسكت ويداعب ذقنه، ثم بدا عليه التفكير العميق، ثم أجابني قائلًا: «أظن أنني سأطلق عليه «مايكل ماكتاير»[1]».

علَّمنا سيمراد أن معظم المعاناة الإنسانية مرتبطة بالحب والفقد، وأن مهمة المعالجين هي مساعدة الناس علىٰ «الإقرار» بواقع الحياة «واختباره، وتحمّله»؛ بكل ملذاته وفواجعه؛ وكان يقول: «إن أعظم منابع معاناتنا هي تلك الأكاذيب التي نلقنها لأنفسنا»، مستحثًّا بذلك إيانا علىٰ الصدق مع أنفسنا في كل جانب من جوانب خبرتنا، وكثيرًا ما كان يقول إن المرضىٰ لن يتحسنوا أبدًا ما لم يعلموا ما يعلمونه ويشعروا بما يشعرون به.

كما أتذكر اندهاشي بسماعي هذا الأستاذ البارز بجامعة هارفارد، والمسن، يعترف بمدىٰ ارتياحه في الشعور بمؤخرة زوجته قُبالَته حين خلوده للنوم ليلًا؛ لقد ساعدنا بكشفه هذه الاحتياجات البشرية البسيطة داخل نفسه علىٰ تمييز مدىٰ أهميتها في حياتنا، وأن إهمال تلبيتها يؤدي إلىٰ معيشة مكبوحة، مهما كان سمو أفكارنا وإنجازاتنا الدنيوية؛ كما أخبرنا أن الشفاء يعتمد علىٰ المعرفة التجريبية:

---

(١) Michael McIntyre: ممثل كوميدي، وكاتب، ومقدم تلفزيوني. (المترجم).

وهي أنك لا تستطيع امتلاك سيطرة كاملة علىٰ حياتك إلا إذا أقررت بحقيقة جسدك، بكل أبعاده الداخلية.

ورغم ذلك فقد كانت مهنتنا تسير في اتجاه مختلف؛ ففي عام ١٩٦٨م نشرت المجلة الأمريكية للطب النفسي[1] نتائج الدراسة التي أجريت في الجناح الذي كنت أعمل به، ولقد أثبتوا علىٰ نحو قاطع أن مرضىٰ الفصام الذين لم يتلقوا سوىٰ الأدوية كانت نتائجهم أفضل من أولئك الذين أجروا جلسات كلامية ثلاث مرات في الأسبوع مع أفضل المعالجين النفسيين ببوسطن٣. وكانت هذه الدراسة أحد المعالم العديدة علىٰ الطريق الذي غيّر تدريجيًا كيفية مقاربة الطب والطب النفسي للمشكلات النفسية؛ من التعبير عن المشاعر التي لا تطاق والعلاقات تعبيرًا متنوعًا تنوعًا لا نهائي إلىٰ نموذج المرض الدماغي[2] لـ «الاضطرابات» المتَمَايِزة.

لطالما حُددت الطريقة التي يقارب بها الطب معاناة الإنسان بواسطة التكنولوجيا المتاحة في ذلك الزمان؛ فقد كانت الانحرافات الشاذة في السلوك قبل عصر التنوير تُعزىٰ إلىٰ الرب، والخطيئة، والسحر، والساحرات، والأرواح الشريرة؛ وظل الأمر كذلك حتىٰ القرن التاسع عشر حين بدأ العلماء في فرنسا وألمانيا في مُدارسَة السلوك باعتباره تكيفًا مع جوانب العالم المعقدة؛ وآنذاك كان هناك نموذج جديد يظهر؛ فالغضب، والشهوة، والكِبْر، والطمع، الجشع، والكسل -بالإضافة إلىٰ جميع المشاكل الأخرىٰ التي لطالما جاهدنا نحن البشر دائمًا للتعامل معها-؛ كل تلك الأمور أعيد صياغتها باعتبارها «اضطرابات» يمكن إصلاحها عن طريق إعطاء المواد الكيميائية المناسبة٤. وحينئذ شعر العديد من الأطباء النفسيين بالارتياح والسعادة تجاه أن يصبحوا «علماء حقيقيين»، لا يختلفون شيئًا عن زملاء كلية الطب الذين يمتلكون مختبرات، ومعدات باهظة الثمن، ويجرون تجارب علىٰ الحيوانات، واختبارات تشخيصية معقدة؛ ونحّوا

---

(1) American Journal of Psychiatry.

(2) brain-disease model.

جانبًا النظريات الغامضة للفلاسفة كفرويد ويونغ[1]؛ بل ذهب كتاب رئيسي للطب النفسي أبعد من ذلك ليعلن أنه: «يُعتبر الآن أن المرض النفسي سببه انحراف دماغي، أي اختلال في التوازن الكيميائي»٥.

لقد اعتنقت بشغفٍ الثورة الدوائية -شأني شأن زملائي-، كما أصبحت في عام ١٩٧٣م أول كبير مقيمين بقسم الفارماكولوجيا النفسية بـ «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»، بل ربما كنت أيضًا أول طبيب نفسي ببوسطن يقوم بإعطاء الليثيوم لمريض مصاب بالهوس الاكتئابي[2]؛ إذ كانت هناك امرأة تصاب بالهوس كل شهر مايو منذ خمسة وثلاثين عامًا، وكانت تكتئب كل نوفمبر إلىٰ درجة التفكير المتواصل في الانتحار، ثم بتناولها الليثيوم علىٰ نحو منتظم توقفت تلك النوبات المتقلبة وظلت في حالة مستقرة لمدة السنوات الثلاث التي كانت فيها تحت إشرافي؛ كما كنت أيضًا جزءًا من أول فريق بحثي أمريكي يختبر عقار «كلوزاريل» Clozaril المضاد للذهان علىٰ المرضىٰ المزمنين الذين تم تخزينهم في العنابر الخلفية للمصحات القديمة٦، ولقد كانت بعض استجاباتهم مذهلة: الذين قضوا معظم حياتهم محبوسين في واقعهم المنفصل المرعب أصبحوا حينئذ قادرين علىٰ العودة إلىٰ عائلاتهم ومجتمعاتهم؛ وبدأ المرضىٰ الغارقون في الظلام واليأس في الاستجابة لجمال الاتصال البشري ومتعة العمل واللعب؛ وهكذا دفعتنا هذه النتائج المذهلة إلىٰ التفاؤل بأننا يمكننا التغلب أخيرًا علىٰ بؤس البشرية.

كانت الأدوية المضادة للذهان عاملًا رئيسيًا في تقليل عدد من يعيشون داخل مستشفيات الأمراض النفسية في الولايات المتحدة، مما يزيد عن ٥٠٠ ألف مريض ومريضة في عام ١٩٥٥م إلىٰ أقل من ١٠٠ ألف في عام ١٩٩٦م،

---

(١) كارل يونغ Carl Jung: عالم سويسري مختصٌّ في علم النفس والطب النفسي، امتدت أبحاثه لتشمل العديد من المجالات كاللاهوت والفلسفة والخيمياء، له العديد من المنشورات والدراسات القائمة علىٰ تجاربه وملاحظاته التي أسّس من خلالها علم النفس التحليلي. (المترجم).

(٢) قرأتُ عن استخدام جون كيد (John Cade) لعقار الليثيوم في أستراليا، وحصلت علىٰ إذن من لجنة المستشفىٰ لتجربته. (المؤلف).

وهذا التغيير لا يحيط به الخيال؛ إذ حين كنت طالبًا بكلية الطب في السنة الأولىٰ زرت مستشفىٰ كانكاكي[1] في ولاية إلينوي، ورأيت مُرافق جناح ضخم الجثة يرش عشرات المرضىٰ المتسخين العراة بالمياه في غرفة نهارية[2] غير مفروشة مزودة ببالوعات لصرف المياه؛ وهذه الذكرىٰ تبدو الآن أشبه بكابوسٍ من كونها أمرًا شاهدته بأم عيني. وبعد إنهائي إقامتي التدريبية عام ١٩٧٤م كانت وظيفتي الأولىٰ هي نائب مدير مؤسسة كانت مبجّلة في يوم من الأيام، وهي «مستشفىٰ ولاية بوسطن»[3]، التي كانت تُؤوي في السابق آلاف المرضىٰ ويبلغ امتدادها مئات الأفدنة التي تضم عشرات المباني، بما في ذلك البيوت البلاستيكية[4]، والحدائق، وورش العمل؛ وكان معظم هذه البقع في ذلك الوقت في حالة خراب؛ وخلال فترة وجودي هناك كان المرضىٰ يتفرقون تدريجيًا في «المجتمع»، وهو المصطلح العام لملاجئ المجهولين ودور الرعاية حيث كان ينتهي الأمر بمعظمهم (من المفارقة الساخرة أن المستشفىٰ بدأت كـ «ملجأ» **asylum**، وهي كلمة تعني «ملاذ» **sanctuary**، ولكنها التقطت دلالةً سيئة بمرور الوقت؛ وكانت هذه المستشفىٰ تقدم مجتمعًا آويًا بالفعل، حيث كان الجميع يعرف أسماء المرضىٰ وأعراضهم المرضية الخاصة). ثم في عام ١٩٧٩م، بعد فترة وجيزة من ذهابي للعمل في شئون المحاربين، أُغلقت بوابات مستشفىٰ ولاية بوسطن بصفة نهائية، فتحولت إلىٰ مدينة أشباح.

خلال الفترة التي قضيتها في «مستشفىٰ بوسطن» واصلت العمل بمختبر الطب النفسي في «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»، والذي كان يركز آنذاك علىٰ اتجاه بحثي آخر؛ ففي ستينيات القرن الماضي بدأ العلماء في «المعاهد

---

(1) **Kankakee State Hospital**.

(٢) الغرفة النهارية هي غرفة مجهزة للاسترخاء والترفيه. (المترجم).

(3) **Boston State Hospital**.

(٤) هي بيوت توفر للنباتات المزروعة بها الظروف الملائمة للحصول علىٰ الثمار في غير وقتها، وفيها يقوم المرضىٰ بزراعة الزهور، والخضروات، والأعشاب. (المترجم).

الوطنية للصحة[1]» في تطوير تقنيات لعزل الهرمونات والناقلات العصبية في الدم والدماغ وقياسها؛ والنواقل العصبية هي عبارة عن مرسالات كيميائية تنقل المعلومات من خلية عصبية إلىٰ أخرىٰ، مما يمكننا من الانخراط الناجع في العالم.

آنذاك كان العلماء يعثرون علىٰ أدلة تثبت أن مستويات النورإبينفرين الشاذة مرتبطة بالاكتئاب، وأن مستويات الدوبامين الشاذة مرتبطة بالفصام، حينئذ أصبح هناك أمل في أن نتمكن من ابتكار أدوية تستهدف شذوذات معينة في الدماغ؛ ورغم أن هذا الأمل لم يتحقق تحققًا كاملًا قط إلا أن جهودنا لقياس مدىٰ تأثير الأدوية علىٰ الأعراض النفسية أدت إلىٰ تغيير عميق آخر داخل المهنة؛ فقد أدت حاجة الباحثين إلىٰ طريقة دقيقة ومنهجية لتبليغ نتائجهم البحثية إلىٰ تطوير ما يسمىٰ بـ «المعايير التشخيصية البحثية»[2]، والتي ساهمتُ فيها -كمساعد بحثي متواضع-، وفي نهاية المطاف أصبحت هذه المعايير التشخيصية البحثية أساس أول نظام منهجي لتشخيص المشكلات النفسانية، وهو «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية/الذهنية»[3] الخاص بالجمعية الأمريكية للطب النفسي، والذي يُشار إليه عادةً باسم «الكتاب المقدس للطب النفسي»؛ وكانت مقدمة «الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث» الشهير الصادر عام ١٩٨٠م متواضعةً تواضعًا ملاءمًا واعترفت بأن نظام التشخيص هذا غير دقيق؛ لدرجة أنه لا يصح استخدامه أبدًا لأغراض الطب الشرعي أو التأمين٨؛ ولكن كما سنرىٰ فقد كان عمر هذا التواضع قصيرًا إلىٰ حد مأساوي.

الصعق الذي لا مفر منه:

نتيجة لانشغالي بالعديد من الأسئلة العالقة حول الكرب الصدمي، أصبحت مفتونًا بفكرة أن مجال علم الأعصاب الوليد يمكن أن يوفر بعض الإجابات،

---

(1) National Institutes of Health.

(2) Research Diagnostic Criteria.

(3) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

فبدأت أحضر اجتماعات الكلية الأمريكية للفارماكولوجيا العصبية والنفسية[1]؛ ولقد قدمت هذه الكلية عام ١٩٨٤م العديد من المحاضرات الرائعة حول ابتكار الأدوية، ثم كانت هناك محاضرة لستيفن ماير Steven ?Maier -من جامعة كولورادو-، والذي كان قد تعاون مع مارتن سِليجمان Martin Seligman -من جامعة بنسلفانيا-؛ وقد حضرت هذه المحاضرة قبل بضع ساعات فحسب من موعد طائرتي العائدة إلىٰ بوسطن؛ وكان موضوع حديثه هو العجز المكتسب/ المُتَعَلَّم لدىٰ الحيوانات: لقد قام ماير وسِليجمان بحبس كلاب داخل أقفاص ثم تعريضها لصعقات كهربائية مؤلمة ومتكررة، وأطلقا علىٰ هذه الحالة اسم «الصعق الذي لا مفر منه»؛ ولكوني من محبي الكلاب أيقنت أنني لم يكن بمقدوري البتة إجراء بحث كهذا بنفسي، لكنني شعرت آنذاك بالفضول تجاه أثر هذه القسوة علىٰ الحيوانات.

بعد إجراء الباحثين عدة دورات من الصعقات الكهربائية فتحوا أبواب الأقفاص ثم صعقوا الكلاب مرة أخرىٰ، فهربت علىٰ الفور مجموعة الكلاب الضابطة[2] التي لم تتعرض للصعق من قبل، لكن الكلاب التي سبق وتعرضت للصعق الذي لا مفر منه لم تحاول الفرار، حتىٰ عندما كان الباب مفتوحًا علىٰ مصراعيه؛ فما كان منهم إلا الرقود هناك، يئنُّون ويتغوطون؛ وبهذا فإن مجرد فرصة الهروب لا تدفع بالضرورة الحيوانات المصدومة نفسيًّا -أو البشر- إلىٰ سلوك طريق الحرية، كما أن العديد من المصدومين -مثل كلاب ماير وسليجمان- يستسلمون فحسب، ويظلون عالقين في الخوف الذي يعرفونه بدلًا من المخاطرة بتجربة خيارات جديدة.

لقد استحوذت القصة التي رواها ماير علىٰ اهتمامي، فما فعلوه بهذه الكلاب المسكينة هو بالضبط ما كان قد حدث لمرضاي البشر المصدومين؛ فلقد تعرضوا -هم أيضًا- لشخص (أو شيء) ألحق بهم ضررًا فظيعًا؛ ضررًا لم يكن

---

(1) (ACNP) American College of Neuropsychopharmacology.

(٢) **المجموعة الضابطة**: هي مجموعة تناظر -بقدر الإمكان- المجموعة التي تجرىٰ عليها التجربة؛ من حيث عدد أفرادها وصفاتها، وتتعرض لجميع الأحوال التجريبية ما عدا المتغير الذي يخضع للدراسة. (المترجم).

لديهم من سبيل للهروب منه؛ وبإجرائي مراجعة ذهنية سريعة للمرضىٰ الذين كنت أعالجهم وجدت أن جميعهم تقريبًا كانوا عالقين أو مشلولين بشكل أو بآخر، عاجزين عن اتخاذ إجراء لتفادي ما لا مفر منه؛ لقد تم تثبيط استجابة القتال/ الفرار لديهم، فكانت النتيجة إما الاهتياج المتطرف وإما الانهيار التام.

كما وجد ماير وسليجمان أن الكلاب المصدومة تفرز كميات من الهرمونات الكربية أكبر بكثير من الطبيعي، وقد قدم هذا دعمًا إلىٰ ما كنا نشرع في تعلمه عن الأسس البيولوجية للكرب الصدمي؛ ثم اكتشفت مجموعة من الباحثين الشباب -من بينهم ستيف ساوثويك Steve Southwick وجون كريستال John Krystal من «جامعة يِل»[1]، وآريه شاليف Arieh Shalev من «كلية طب هداسا»[2] في القدس، وفرانك بوتنام Frank Putnam من «المعهد الوطني للصحة النفسية»، وروجر بيتمان Roger Pitman من «جامعة هارفارد»-؛ اكتشفت هذه المجموعة أن أجساد المصدومين تستمر في إفراز كميات كبيرة من الهرمونات الكربية بعد فترة طويلة من زوال الخطر الفعلي؛ كما واجهتنا راشيل يهودا Rachel Yehuda -من «مستشفىٰ ماونت سيناي» في نيويورك- باستنتاجاتها المتناقضة ظاهريًا بأن مستويات الهرمون الكربي «كورتيزول» تكون منخفضة في اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ وكان هذا غير مفهوم حتىٰ أوضح بحثها أن الكورتيزول ينهي الاستجابة الكربية عن طريق إرسال إشارة «الكل في أمان»، وأن الهرمونات الكربية التي يفرزها الجسد -في حالة اضطراب الكرب التالي للصدمة- لا تعود في الواقع إلىٰ خط الأساس بعد زوال التهديد.

من الناحية المثالية، ينبغي أن يوفر نظام الهرمون الكربي استجابة فائقة السرعة تجاه التهديد، وبعد ذلك يعيدنا سريعًا إلىٰ وضع التوازن، لكن في حالة اضطراب الكرب التالي للصدمة يفشل نظام الهرمون الكربي في الوصول إلىٰ التوازن؛ حيث تستمر إشارات القتال/ الفرار/ التجمد بعد زوال الخطر،

---

(1) Yale University.

(2) Hadassah Medical School.

ولا تعود إلىٰ وضعها الطبيعي -كما في حالة الكلاب-؛ وإنما يستمر إفراز الهرمونات الكربية ظاهرًا في صورة اهتياج وهلع، ثم -علىٰ المدىٰ الطويل- يُلحق الدمارَ بصحتهم.

لقد فاتتني طائرتي ذلك اليوم، إذ توجب علي التحدث مع ستيف ماير؛ حيث أن ورشته تلك لم تقتصر علىٰ تقديم تلميحات إلىٰ المشاكل الدفينة لمرضاي، بل قدمت أيضًا مفاتيح محتملة لحلها؛ فعلىٰ سبيل المثال: ففي سعي ماير وسليجمان لتعليم الكلاب المصدومة كيفية الابتعاد عن الشبكات الكهربائية حين تكون الأبواب مفتوحة، اكتشفا أن الطريقة الوحيدة هي سحب الكلاب مرارًا وتكرارًا إلىٰ خارج أقفاصها كي تستطيع أن تَختبر جسديًا كيف يمكنها الفرار؛ حينئذ تساءلت ما إذا كان بإمكاننا أيضًا مساعدة مرضاي في التخلص من توجههم المتأصل المتمثل في عدم وجود شيء يمكنهم فعله للدفاع عن أنفسهم؟ هل كان مرضاي بحاجة أيضًا إلىٰ خبرات جسدية لاستعادة الحس الداخلي/الحشوي بالسيطرة؟ ماذا لو أن بالإمكان تعليمهم التحرك جسديًا للهروب من موقف ينطوي علىٰ تهديد محتمل شبيه بالصدمة التي تكبلوا فيها عاجزين عن الحركة؟ وكما سأناقش في الباب الخامس من هذا الكتاب، الذي يدور حول العلاج، فلقد كان هذا هو أحد الاستنتاجات التي توصلت إليها في نهاية المطاف.

هذا وقدَّمت لنا المزيدُ من الدراسات التي أجريت علىٰ الحيوانات -والتي اشتملت علىٰ الفئران، والجرذان، والقطط، والقردة، والفيلة- مزيدًا من البيانات المثيرة للاهتمام[10]؛ فعلىٰ سبيل المثال: عندما شغَّل الباحثون صوتًا عاليًا مزعجًا، هرعت الفئران التي تربَّت في عش دافئ وفير الطعام إلىٰ بيتها علىٰ الفور؛ لكن المجموعة الأخرىٰ التي تربت في عش صاخب به نقص في الإمدادات الغذائية فرَّت أيضًا إلىٰ بيتها، حتىٰ بعد قضائها وقتًا في بيئة أكثر إمتاعًا[11].

تعُودُ الحيوانات إلىٰ بيتها حين الفزع، بصرف النظر عما إذا كان البيت متسمًا بالأمان أو الإرهاب؛ لذا تأملت في مرضاي ذوي العائلات المسيئة، الذين كانوا يواصلون الرجوع ليتعرضوا للإيذاء مرة أخرىٰ؛ فهل المصدومون محكوم

عليهم بالاستجارة بما هو مألوف؟ وإذا كان الأمر كذلك فما السبب؟، وهل من الممكن مساعدتهم علىٰ الارتباط بأماكن وأنشطة آمنة وممتعة؟١٢

أن تدمن الصدمة: ألم اللذة ولذة الألم

أحد الأشياء التي أدهشتني أنا وزميلي مارك جرينبيرج **Mark Greenberg** حين كنا ندير مجموعات علاجية لقدامىٰ الحرب الفيتنامية هو أن كثيرًا منهم -علىٰ الرغم من شعورهم بالرعب والأسىٰ- بدا أنهم ينبضون بالحياة حين يتحدثون عن تحطم مروحيتهم واحتضار رفاقهم (ومن الجدير بالذكر أن مراسل صحيفة «نيويورك تايمز[1]» السابق كريس هيدجز **Chris Hedges**، الذي غطىٰ عددًا من الصراعات الوحشية، قد قام بعنونة كتابه: «الحرب قوة تمنحنا المعنىٰ[2]» (١٣؛ وبهذا يبدو أن كثيرًا من المصدومين يسعون إلىٰ خبرات من شأنها أن تنفر معظمنا١٤؛ كما يشكو المرضىٰ في كثير من الأحيان من حس مبهم بالخواء والضجر حين لا يكونون في حالة غضب، أو تحت إكراه، أو منخرطين في نشاط خطير.

لقد تعرضت مريضتي جوليا **Julia** لاغتصاب وحشي تحت تهديد السلاح بغرفة فندق في سن السادسة عشر، وبعد ذلك بفترة قصيرة انخرطت في علاقة بقوّاد عنيف كان يجبرها علىٰ ممارسة الدعارة، وكثيرًا ما كان يضربها؛ كما دخلت السجن مرارًا بتهمة العهر، لكنها كانت تعود في كل مرة إلىٰ قوّادها؛ وفي نهاية المطاف تدخل جَدَّاها ودفعا تكاليف برنامج إعادة تأهيل مكثف، وحينئذ نجحت في إتمام علاج المريض الداخلي[3]، ثم بدأت تعمل موظفة استقبال وشرعت في تلقي دورات تدريبية بكلية محلية؛ ثم حين كُلِّفت في مساق علم الاجتماع بكتابة ورقة بحثية عن إمكانات التحرر في الدعارة، والذي قرأت لأجله

---

(1) New York Times.

(2) War Is a Force That Gives Us Meaning.

(٣) المريض الداخلي: هو الذي يُسجل دخوله بالمستشفىٰ ويبيت فيها ليلًا أو لوقت محدد عادة ما يكون أيامًا أو أسابيعًا، وفي بعض الحالات قد يكون سنوات. (المترجم).

مذكرات عديد من العاهرات المشهورات، حينئذ ظلت تتخلف تدريجيًّا عن جميع الدورات الأخرىٰ، وسرعان ما فشلت علاقتها العاطفية القصيرة مع زميلها؛ إذ أصابها بملل قاتل -علىٰ حد قولها- ونفرت من سرواله الداخلي؛ بعد ذلك انتقت مدمنًا من محطة مترو الأنفاق لمرافقتها، والذي أبرحها ضربًا في بادئ الأمر ثم بدأ في مطاردتها في الأرجاء؛ ثم حين تعرضت مرة أخرىٰ للضرب المبرح تحمست أخيرًا للعودة إلىٰ العلاج.

كان لدىٰ فرويد مصطلح يشير إلىٰ إعادات التمثيل الصدمية تلك: «التكرار القهري»؛ لقد اعتقد هو وكثير من أتباعه أن إعادات التمثيل هي محاولة لاشعورية[1] لامتلاك زمام السيطرة علىٰ موقف مؤلم وأنها قد تؤدي في النهاية إلىٰ السيادة والحل؛ ولا يوجد دليل علىٰ هذه النظرية؛ فالتكرار لا يؤدي إلا إلىٰ مزيد من الألم وكراهية الذات، بل إن إعادة إحياء الصدمة خلال العلاج مرارًا وتكرارًا قد يعزز استحواذ الفكر والتثبيت.

قررت أنا ومارك جرينبيرج معرفة المزيد عن الجاذبات؛ أي الأمور التي تسحبنا، وتحفزنا، وتشعرنا بأننا نابضون بالحياة؛ إن الجاذبات تهدف عادةً إلىٰ إشعارنا بالارتياح، إذن لماذا ينجذب كثير من الناس إلىٰ الأوضاع الخطيرة أو المؤلمة؟ وجدنا في نهاية المطاف دراسة أوضحت كيف يمكن للأنشطة التي تسبب الخوف أو الألم أن تصبح فيما بعد خبرات مثيرة١٥، حيث أظهر ريتشارد سولومون Richard Solomon من جامعة بنسلفانيا في سبعينيات القرن الماضي أن الجسم يتعلم التكيف مع جميع أنواع المنبهات: قد ندمن المخدرات الترويحية لأنها تشعرنا بارتياح كبير وفوري، لكن بعض الأنشطة كحمام الساونا، أو ركض الماراثون، أو القفز بالمظلات، التي تسبب في البداية الانزعاج بل حتىٰ الرعب، يمكن أن تصبح في نهاية المطاف شديدة الإمتاع؛ ويشير هذا التكيف التدريجي إلىٰ أن توازنًا كيميائيًّا جديدًا تم إنشاؤه داخل الجسم، بحيث يشعر عدّاؤو

(١) لاشعوري unconscious: متعلق بالخبرات المكبوتة، والعوامل التي تؤثر بشكل غير مرئي علىٰ السلوك. (ح).

الماراثون -على سبيل المثال- بالهناء والابتهاج من دفع أجسادهم إلى أقصى حد.

عندئذ نبدأ -كما هو الحال بالضبط مع إدمان المخدرات- في التوق إلى النشاط المعين ونختبر الانسحاب حين لا يتوفر هذا النشاط، ويصبح الناس على المدى الطويل منشغلين بألم الانسحاب أكثر من انشغالهم بالنشاط نفسه؛ وبهذا يمكن أن تفسر هذه النظرية سبب قيام بعض الناس باستئجار شخص ما ليضربهم أو بحرق أنفسهم بالسجائر، أو سبب عدم انجذابهم إلا لمن يؤذيهم؛ إذ يمكن أن يتحول الخوف والبغض -بأحد الطرق الضالة- إلى لذة.

افترض سولومون أن الإندورفينات endorphins -وهي المواد الكيميائية الشبيهة بالمورفين التي يفرزها الدماغ استجابة للكرب- تلعب دورًا في الإدمان المتناقض الذي وصفه، ولقد أعدتُ التأمل في نظريته عندما أدت بي عادة الذهاب للمكتبة إلى ورقة بعنوان «الألم عند الرجال الجرحى في المعارك»[1] كانت قد نُشرت عام ١٩٤٦م؛ حيث لاحظ جرّاح يدعى هنري بيتشر Henry K. Beecher أن ٧٥ في المائة من الجنود الذين أصيبوا بجروح خطيرة على الجبهة الإيطالية لم يطلبوا المورفين، فتكهن بأن «العواطف القوية يمكن أن تمنع الألم»١٦.

هل كانت لملاحظات بيتشر صلة بالمصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة؟ في هذا الصدد قررت أنا، ومارك جرينبيرج، وروجر بيتمان، وسكوت أور Scott Orr أن نسأل ثمانية من قدامى الحرب الفيتنامية ما إذا كانوا راغبين في إجراء اختبار معياري للألم أثناء تفرجهم على مشاهد من عدد من الأفلام: كان المقطع الأول الذي عرضناه من فيلم «الفصيلة» Platoon[2] ذي المشاهد العنيفة، وقمنا أثناء عرضه بقياس المدة التي يستطيع خلالها المحاربون إبقاء أيديهم اليمنى

(1) "Pain in Men Wounded in Battle".

(٢) Platoon: فيلم أمريكي من إنتاج عام ١٩٨٦، كتبه وأخرجه أوليفر ستون Oliver Stone. (المترجم).

داخل دلو مليء بالماء المثلج، ثم كررنا هذه العملية باستخدام مقطع هادئ (طواه النسيان) من أحد الأفلام؛ وكانت النتيجة أن سبعة من المحاربين الثمانية أبقوا أيديهم في الماء البارد المؤلم مدة أطول بنسبة ٣٠ في المائة أثناء «الفصيلة»، ثم توصلنا بالحساب أن مقدار التسكين الناتج عن مشاهدة خمس عشرة دقيقة من فيلم قتالي يعادل التسكين الناتج عن الحقن بثمانية مليغرام من المورفين، وهي تقريبًا نفس الجرعة التي يتلقاها شخص في غرفة الطوارئ لألم الذبحة القلبية[١].

استنتجنا أن تَكَهُّن بيتشر بأن «العواطف القوية يمكن أن تمنع الألم» كان نتيجة إطلاق مواد شبيهة بالمورفين يتم تصنيعها في الدماغ، ويشير هذا إلىٰ أن إعادة التعرض للكرب في حالة العديد من المصدومين قد توفر لهم ارتياحًا من القلق١٧. لقد كانت تجربة مثيرة للاهتمام، لكنها لم تفسر تمامًا سبب مواصلة جوليا العودة إلىٰ قوادها العنيف.

تهدئة الدماغ:

كان اجتماع «الكلية الأمريكية للفارماكولوجيا النفسية والعصبية»[٢] عام ١٩٨٥م أكثر إثارة للأفكار -إن أمكن قول ذلك- من جلسة العام السابق؛ فلقد ألقىٰ الأستاذ جيفري جراي Jeffrey ?Gray من كلية «كينجز كوليدج» حديثًا عن اللَّوْزَة Amygdala، وهي مجموعة الخلايا الدماغية التي تحدد متىٰ يُدرَك الصوت، أو الصورة، أو الإحساس الجسدي باعتباره تهديدًا؛ وأظهرت بيانات جراي أن حساسية اللوزة تعتمد -جزئيًّا علىٰ الأقل- علىٰ كمية الناقل العصبي «سيروتونين» في ذلك الجزء من الدماغ؛ إذ كانت الحيوانات التي لديها مستويات منخفضة من السيروتونين مُفْرِطةَ التَّفاعُلِيَّة تجاه المنبهات المكرِبة (كالأصوات العالية)، في حين أدىٰ ارتفاع مستويات السيروتونين إلىٰ إخماد جهاز الخوف لديها، جاعلًا إياها أقل عرضة للعدوان أو التجمُّد عند الاستجابة للتهديدات المحتملة١٨.

---

(١) ألم بالغ الشدة ينتج عن انسداد أحد شرايين القلب. (المترجم).

(2) American College of Neuropsychopharmacology.

وقد بدا ذلك لي اكتشافًا هامًّا؛ فلطالما كان مرضاي ينفجرون استجابة للاستفزازات البسيطة ويشعرون بالانهيار عند أدنىٰ رفض، لذا أصبحت مفتونًا بالدور المحتمل للسيروتونين في اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ كما أظهر باحثون آخرون أن مستويات السيروتونين في دماغ ذكور القردة المهيمنين أعلىٰ بكثير مقارنة بالحيوانات الأدنىٰ رتبة، لكن مستويات السيروتونين انخفضت لديهم حين مُنعَوا من إبقاء اتصال عيني مع القردة التي كانوا قد مارسوا سيادتهم عليها سابقًا؛ وفي المقابل برزت القرود الأدنىٰ مرتبة لتتولىٰ القيادة بعد إعطائها مكملات السيروتونين١٩. وهكذا تتفاعل البيئة الاجتماعية مع كيمياء الدماغ؛ فقد أدىٰ إهْباط مكانة القرد في التسلسل الهرمي للهيمنة[١] إلىٰ انخفاض مستوىٰ السيروتونين لديه، في حين أدىٰ تعزيز السيروتونين تعزيزًا كيميائيًا إلىٰ رفع رتبة المرؤوسين السابقين.

لقد كانت الآثار واضحة علىٰ المصدومين؛ إذ كانوا مفرطي التفاعلية، وغالبًا ما كانت قدرتهم علىٰ التكيف اجتماعيًّا مقوَّضة -كما كان الحال مع حيوانات جراي منخفضة السيروتونين-، فإذا استطعنا إيجاد طرق لزيادة مستويات السيروتونين الدماغي فربما يمكننا تناول كلتا المشكلتين في آن واحد. كما علمت في الاجتماع ذاته الذي عُقد عام ١٩٨٥م أن شركات الأدوية تبتكر منتجين جديدين لفعل هذا الأمر بالضبط، ولكن نظرًا لأنه لم يكن أي منهما متاحًا بعد فقد قمت بإجراء تجربة لفترة قصيرة علىٰ المكمل الغذائي الخاص بمتاجر الأغذية الصحية «إل-تريبتوفان» L-tryptophan، وهو السَلِيف الكيميائي للسيروتونين في الجسم[٢] (لكن النتائج كانت مخيبة للآمال). لم يتمكن أحد الدوائين من الوصول إلىٰ السوق قط؛ بينما كان الآخر هو «فلوكستين» fluoxetine، والذي صار -تحت الاسم التجاري «بروزاك» Prozac- أحد أنجح العقاقير النفسانية علىٰ الإطلاق.

---

(١) التسلسل الهرمي للهيمنة (أو طبقية الرُتب) هو نوع من التسلسل الهرمي الاجتماعي ينشأ نتيجة تفاعل أعضاء مجموعة اجتماعية فيما بينهم، وذلك لإنشاء نظام تصنيف معين. (المترجم).

(٢) أي الذي يتم تصنيع السيروتونين منه. (المترجم).

وتم إطلاق «بروزاك» يوم الاثنين ٨ فبراير ١٩٨٨م من قِبل شركة الأدوية «إلي لِيلِي» Eli Lilly؛ وكانت أول مريضة رأيتها في ذلك اليوم امرأة شابة لديها تاريخ مروع من إساءات الطفولة، وكانت آنذاك في صراع مع النهام[١] -البوليميا-؛ حيث كانت تمضي أغلب حياتها في النهم والإسهال؛ فأعطيتها وصفة طبية لهذا الدواء الجديد، وعندما عادت يوم الخميس قالت: «لقد عشت حياة مختلفة تمامًا في الأيام القليلة الماضية: كنت آكل حين أجوع، ثم أؤدي واجباتي المدرسية في بقية اليوم»؛ ولقد كان هذا واحدًا من أشد التصريحات المثيرة التي سمعتها في مكتبي آنذاك.

ثم رأيت مريضة أخرىٰ يوم الجمعة كنت قد أعطيتها «بروزاك» يوم الاثنين السابق، وكانت أمًا لطفلين في سن المدرسة تعاني من الاكتئاب المزمن، ومنشغلة بإخفاقاتها الأمومية والزوجية، ومغمورة بمطالب الوالدين اللذَين كانا يعاملانها معاملة شديدة السوء في طفولتها؛ ولكنها بعد أربعة أيام من تناولها «بروزاك» سألتني ما إذا كان بإمكانها تفويت موعدها يوم الاثنين التالي، والذي كان «يوم الرؤساء[٢]»؛ وأوضحت قائلة: «علىٰ الرغم من كل شيء فأنا لم أصطحب أطفالي للتزلج علىٰ الجليد قط -حيث أن زوجي هو من يفعل ذلك دائمًا- ثم إنهم في إجازة ذلك اليوم، وسيكون من الرائع أن يحظوا ببعض الذكريات الجيدة عن قضائنا وقتًا ممتعًا سوية».

لقد كانت هذه مريضة لطالما كانت تكافح لمجرد اجتياز اليوم، لذا اتصلتُ بعد جلستها بشخص كنت أعرفه في «إلي لِيلِي» وقلت له: «إن لديكم دواءً يساعد الناس علىٰ التواجد في زمن الحاضر، بدلًا من الانحباس في الماضي»؛ ولاحقًا أهدتني «إلي لِيلِي» منحة صغيرة لدراسة آثار «بروزاك» علىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة لدىٰ أربعة وستين شخصًا -اثنتين وعشرين امرأة واثنين وأربعين رجلًا- وهي أول دراسة عن تأثيرات هذه الفئة الجديدة من الأدوية علىٰ اضطراب الكرب

(١) Bulimia النهام (البوليميا): اضطراب فيه يأكل المريض بصورة قهرية. وقد يستخدم المسهلات لطرد الطعام خارج الجسم بعد الأكل. (المترجم).

(٢) يوم الرؤساء هو عيد رسمي في الولايات المتحدة الأمريكية.

التالي للصدمة؛ فقام فريق «تروما كلينيك»[1] الخاص بنا بتسجيل ثلاثة وثلاثين من غير المحاربين القدامىٰ، وقام معاوِنيّ -الزملاء السابقون في شئون المحاربين- بتسجيل واحد وثلاثين محاربًا قديمًا؛ وتلقىٰ نصفُ كل مجموعة عقارَ «بروزاك» والنصفُ الآخر دواءَ الغُفْل[2] لمدة ثمانية أسابيع، وكانت الدراسة مزدوجة التعمية: فلم نكن نحن ولا المرضىٰ علىٰ علم بأي المادتين يتناولون، كيلا تؤدي تصوراتنا المسبقة إلىٰ انحراف تقييماتنا.

لقد تحسن كل من في الدراسة -حتىٰ أولئك الذين تلقوا دواء الغفل-، علىٰ الأقل بدرجة ما، ومن الجدير بالذكر أن معظم دراسات اضطراب الكرب التالي للصدمة تجد أثر غفل كبير؛ إذ أن الذين يتحلون بالشجاعة للمشاركة في دراسة لا يتلقون مقابلها أجرًا، ويتعرضون فيها للوخز بالإبر مرارًا وتكرارًا، كما أن احتمال تَلقّيهم للعقار الفعال بها خمسون بالمائة فقط، هؤلاء يوجد بداخلهم دافع جوهري لحل مشكلتهم؛ وربما تكون المكافأة التي يحصلون عليها هي الاهتمام الممنوح لهم، ونيلهم فرصة الرد علىٰ أسئلة تدور حول ما يشعرون به ويفكرون فيه؛ لكن بهذا ربما تكون قبلات الأم التي تلطف من خدوش طفلها «مجرد» علاج غفلي هي أيضًا!.

أجدىٰ «بروزاك» نفعًا لدىٰ مرضىٰ «تروما كلينيك» أفضل من دواء الغفل؛ إذ صاروا يستغرقون في النوم، وامتلكوا سيطرة أكبر علىٰ انفعالاتهم وأصبحوا أقل انشغالًا بالماضي مقارنة بأولئك الذين حصلوا علىٰ حبة السكر٢٠، لكن المدهش أن «بروزاك» لم يكن له أي تأثير بأي شكل من الأشكال علىٰ المحاربين

---

(1) Trauma Clinic.

(٢) Placebo: الدواء الغُفْلي، أو العِلاج الوَهميّ -ويترجم حرفيًّا إلىٰ بلاسيبو-: هو مادة تُعطىٰ للمريض بهدف علاجه، ولا يكون لها تأثير حقيقي في علاج المرض بعينه، فبها يتم إيهام المريض نفسيًّا بأن هذا العلاج الذي يتناوله يحمل شفاءً لمرضه؛ ويستخدم هذا العلاج في اختبارات الأدوية الجديدة وفي الأبحاث الطبية، دون معرفة المتداوي ما إذا كان هذا الدواء فعّالًا أم لا، ويطلق علىٰ الحالة التي يرىٰ فيها المتلقي أنه قد شعر بتحسن فعلًا (بسبب توقعاته الشخصية) «تأثير الدواء الوهمي» أو «استجابة الغفل». (المترجم).

القدامىٰ؛ إذ لم تتغير أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة لديهم؛ كما انطبقت هذه النتائج علىٰ معظم الدراسات الدوائية اللاحقة التي أجريت علىٰ المحاربين القدامىٰ: فرغم إظهار قليل من المرضىٰ تحسنات طفيفة إلا أن معظمهم لم يستفد بأي شكل من الأشكال. لم أتمكن أبدًا من تفسير هذا الأمر، ولا أستطيع قبول التفسير الأكثر شيوعًا القائل بأن: تلقي المعاش التقاعدي أو استحقاقات الإعاقة يمنع الناس من التحسن؛ فرغم كل شيء فاللوزة لا تعلم شيئًا عن المعاشات؛ وإنما ترصد التهديدات.

ورغم ذلك فلقد ساهم «بروزاك» وغيره من العقاقير ذات الصلة -كـ«زولوفت» Zoloft و«سيليكسا» Celexa و«سيمبالتا» Cymbalta و«باكسيل» Paxil- مساهمة كبيرة في علاج الاضطرابات المرتبطة بالصدمات؛ ففي دراستنا لـ «بروزاك» استخدمنا اختبار رورشاخ لقياس كيفية إدراك المصدومين لما حولهم، ومنحتنا هذه البيانات فكرة هامة عن كيفية عمل هذه الفئة من الأدوية (المعروفة رسميًّا باسم «مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية»[1]. لقد كانت مشاعر هؤلاء المرضىٰ قبل تلقيهم عقار «بروزاك» تتحكم في ردود فعلهم، وفي ذلك أذكر مريضة هولندية علىٰ سبيل المثال (لم تكن ضمن دراسة «بروزاك») جاءت لرؤيتي لأعالجها من اغتصاب تعرضت له في طفولتها، ثم صارت مقتنعة بأنني سأغتصبها فور سماعها لهجتي الهولندية. ثم أحدث «بروزاك» فرقًا جذريًّا: لقد أعطىٰ مرضىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة منظورًا سليمًا للأمور٢١ وساعدهم علىٰ اكتساب سيطرة كبيرة علىٰ اندفاعاتهم؛ وهكذا فلا بد أن كان جيفري جراي محقًّا: لقد أصبح العديد من مرضاي أقل تفاعلية حين ارتفعت مستويات السيروتونين لديهم.

انتصار الفارماكولوجيا:

لم تستغرق الفارماكولوجيا وقتًا طويلًا لإحداث ثورة في الطب النفسي؛ فلقد أعطت الأدوية الأطباء حسًّا أكبر بالفعالية وقدمت أداة تتجاوز العلاج الكلامي، كما أدرَّت العقاقير دخلًا وأرباحًا، وزودتنا المنح المقدمة من صناعة

---

(١) Selective serotonin reuptake inhibitors)SSRIs.(

الأدوية بمختبرات مليئة بطلاب دراسات عليا مفعمين بالنشاط وبأدوات متطورة؛ كما بدأت أقسام الطب النفسي -التي لطالما كانت موجودة في بدرومات المستشفيات- في الصعود، من حيث الموقع والمكانة علىٰ حد سواء.

حدث أحد رموز هذا التغيّر في «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»، حيث رُدِم حمام سباحة المستشفىٰ في أوائل التسعينيات لإفساح المجال لأحد المختبرات، وقُسِّم ملعب كرة السلة الداخلي إلىٰ مقصورات لعيادة الأدوية الجديدة؛ ومن الجدير بالذكر أن الأطباء والمرضىٰ علىٰ مدىٰ عقود من الزمان كانوا يتشاركون بشكل ديمقراطي متعة رش المياه داخل حمام السباحة وتمرير الكرات في الملعب، ولقد كنت أمضي ساعات عديدة في صالة الألعاب الرياضية -الجيم- مع المرضىٰ عندما كنت مرافق جناح؛ لقد كان هذا هو المكان الوحيد الذي يمكننا فيه جميعًا استعادة حس العافية الجسدية، كان جزيرة في وسط البؤس الذي نواجهه كل يوم، ثم أصبح آنذاك مكانًا «لتصليح» المرضىٰ.

إن ثورة العقاقير التي بدأت بوعود كثيرة ربما قد سببت في نهاية المطاف ضررًا مساويًا لنفعها؛ فالنظرية القائلة بأن المرض النفسي ناتج بشكل رئيسي عن اختلال التوازن الكيميائي في الدماغ والذي يمكن تصحيحه بواسطة عقاقير معينة، قد أصبحت نظرية مقبولة علىٰ نطاق واسع، من قِبل وسائل الإعلام والجمهور وكذلك من قبل مهنة الطب٢٢، فحلَّت الأدوية محل الجلسات العلاجية في العديد من الأماكن كما مكَّنت المرضىٰ من قمع[١] مشاكلهم دون معالجة المشكلات الكامنة؛ لاشك أن مضادات الاكتئاب بإمكانها إحداث فرق كبير في العالم بمساعدة المرضىٰ علىٰ الوظيفية اليومية، وحين يتعلق الأمر بالاختيار بين تناول حَبّة مُنَوّمَة وبين شرب الكحول حتىٰ الإغماء كل ليلة كي تنام بضع ساعات فليس هناك جدال أيهما أفضل؛ كما تستطيع الأدوية في أغلب الأحيان استجلاب الارتياح المنقِذ إلىٰ الذين أرهقهم السعي لاجتياز الأمر بمفردهم بممارسة اليوجا،

---

(١) القمع Suppression: كتم الصراعات والمشاعر وعدم إبداء رد الفعل لها، وهو من الآليات الدفاعية الناضجة، وتحدث في نطاق العقل الواعي والإدراك بصورة مدروسة مع عدم تجنب المواقف ولكن التقليل من تأثيرها، ومن أمثلة ذلك من يكظم غيظه ويعفو عند المقدرة. (ص).

أو روتينات التمارين الرياضية، أو بمجرد الاصطبار؛ وهكذا يمكن أن تكون مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية مفيدة جدًّا في التخفيف من الاسترقاق الذي تمارسه العواطف علىٰ المصدومين، ولكنها -رغم كل هذا- يجب اعتبارها عناصر مساعدة في علاجهم الكليّ ليس إلا.

لقد أدركت بعد إجرائي العديد من الدراسات حول أدوية اضطراب الكرب التالي للصدمة أن الأدوية النفسانية لها جانب سلبي خطير، حيث أنها تصرف الانتباه عن التعامل مع المشكلات الكامنة؛ كما أن نموذج المرض الدماغي يستلب الناس تحكم أيديهم في مصيرهم ويولي الأطباء وشركات التأمين مسئولية حل مشكلاتهم.

لقد أصبحت الأدوية النفسانية علىٰ مدىٰ العقود الثلاثة الماضية ركيزة أساسية في ثقافتنا، مع عواقب مثيرة للريبة؛ فلنتأمل حالة مضادات الاكتئاب، فلو كانت فعالة حقًّا بالقدر الذي دُفِعَ بنا إلىٰ الاعتقاد فيه لَلَزِم أن يكون الاكتئاب قد أصبح الآن مسألة ثانوية في مجتمعنا؛ لكنه -حتىٰ مع الزيادة المستمرة لاستخدام مضادات الاكتئاب- لم يقلل من الحالات التي يتم إدخالها في المستشفيات للعلاج من الاكتئاب، بل تضاعف عدد الذين عولجوا من الاكتئاب ثلاث مرات خلال العقدين الماضيين، وأصبح الآن واحد من كل عشرة أمريكيين يتلقىٰ مضادات الاكتئاب٢٤.

إن الجيل الجديد من مضادات الذهان -مثل «أبيليفاي» Abilify، و«ريسبيردال» Risperdal، و«زيبريكسا» Zyprexa، و«سيروكويل» Seroquel- هي الأدوية الأكثر مبيعًا في الولايات المتحدة؛ فلقد أنفق الجمهور ١,٥٢٦,٢٢٨ دولار علىٰ (أبيليفاي) في عام ٢٠١٢م، وهو أكثر مما أُنفق علىٰ أي دواء آخر؛ كما احتل سيمبالتا المركز الثالث، وهو مضاد اكتئاب بلغت مبيعاته من الحبوب أكثر من مليار دولار٢٥، علىٰ الرغم من أنه لم يُثبَت قط أنه أفضل من مضادات الاكتئاب القديمة مثل «بروزاك»، التي تتوفر منها أنواع مماثلة أرخص بكثير؛ كما ينفق برنامج «ميديكيد» Medicaid -وهو برنامج الصحة الحكومي للفقراء- علىٰ مضادات الذهان أكثر من أي فئة أخرىٰ من الأدوية٢٦؛ فقد قام في عام ٢٠٠٨م

-وهو آخر عام تتوفر عنه بيانات كاملة- بتمويل ٣,٦ مليار دولار لمضادات الذهان، ارتفاعًا من ١,٦٥ مليار دولار عام ١٩٩٩م، كما أن عدد الذين تقل أعمارهم عن العشرين ويتلقون وصفات مضادات الذهان الممولة من برنامج «ميديكيد» تضاعف ثلاث مرات بين عامي ١٩٩٩م و٢٠٠٨م؛ وفي ٤ نوفمبر ٢٠١٣م، وافقت شركة «جونسون آند جونسون» **Johnson & Johnson** علىٰ دفع غرامات جنائية ومدنية تبلغ أكثر من ٢,٢ مليار دولار لتسوية اتهامات بأنها قد روَّجت لعقار (ريسبيردال) المضاد للذهان ترويجًا غير سليم بأنه مفيد لكبار السن، والأطفال، والذين يعانون من إعاقات نمائية٢٧؛ لكن ما من أحد يُخضع الأطباء الذين وصفوه للمساءلة.

يتلقىٰ نصف مليون طفل في الولايات المتحدة حاليًا مضادات الذهان، كما أن احتمال تلقي أطفال الأسر ذات الدخل المنخفض لمضادات الذهان يساوي أربعة أضعاف الاحتمال لدىٰ الأطفال المؤمَّن عليهم من القطاع الخاص، بالإضافة إلىٰ أن هذه الأدوية تُستخدم في أغلب الأحيان لجعل الأطفال المنتهَكين والمهملين أكثر قابلية للإذعان. وفي عام ٢٠٠٨م تم وصف مضادات الذهان لـ ١٩٠٤٥ طفلًا في سن الخامسة وما دونها من خلال برنامج «ميديكيد»٢٨؛ كما اكتشفت إحدىٰ الدراسات -استنادًا إلىٰ بيانات «ميديكيد» من ثلاث عشرة ولاية- أن ١٢,٤ بالمائة من الأطفال في دور التبني كانوا يتلقون مضادات الذهان، مقارنة بـ١,٤ بالمائة من الأطفال المستحقين للإعالة من «ميديكيد» بشكل عام٢٩. رغم أن هذه الأدوية تجعل الأطفال أكثر قابلية للإدارة وأقل عدوانية إلا أنها تعرقل أيضًا الدافعِيّة، واللعب، والفضول، وهي أمور لازمة للنضوج والصيرورة إلىٰ عضو سليم الوظيفية ومساهم في المجتمع؛ كما أن الأطفال الذين يتلقونها معرضون أيضًا لخطر الإصابة بالسمنة المفرطة ومرض السكري، ورغم ذلك ففي الوقت نفسه تواصل الجرعاتُ المفرطةُ المشتملةُ علىٰ مزيج من الأدوية النفسانية والمسكنات الارتفاعَ٣٠.

ونظرًا لأن العقاقير قد أصبحت مربحة للغاية فنادرًا ما تنشر المجلات الطبية الكبرىٰ دراسات حول الأساليب العلاجية غير الدوائية لمشاكل الصحة

النفسية٣١، كما أن الممارسين الذين يستكشفون أساليب علاجية عادة ما يتعرضون للتهميش باعتبارها «بديلة»، ونادرًا ما يتم تمويل دراسات العلاجات غير الدوائية إلا إذا اشتملت علىٰ ما يسمىٰ بالبروتوكولات الدليلية[1]، التي فيها يمر المرضىٰ والمعالجون بتسلسلات موصوفة بدقة لا تسمح باستشمار دقيق لاحتياجات كل مريض بعينه؛ إن تيار الطب السائد ملتزم التزامًا صارمًا بـ «حياة أفضل من خلال الكيمياء»، ونادرًا ما تؤخذ في الاعتبار حقيقة أننا نستطيع حقًّا تغيير فسيولوجيتنا وتوازننا الداخلي بوسائل أخرىٰ غير الأدوية.

التكيف أم المرض؟

إن نموذج المرض الدماغي يتجاهل أربع حقائق أساسية:

١) تتساوىٰ قدرتنا علىٰ تدمير بعضنا بعضًا مع قدرتنا علىٰ شفاء بعضنا بعضًا، وأن استعادة العلاقات والمعشر أمرٌ مركزي لاستعادة العافية.

٢) تُكسِبُنا اللغةُ القدرةَ علىٰ تغيير أنفسنا والآخرين من خلال توصيل خبراتنا، ومساعدتنا علىٰ صياغة تعريف لما نعلمه، والعثور علىٰ حس سليم بالمعنىٰ.

٣) لدينا القدرة علىٰ تنظيم فسيولوجيتنا، بما في ذلك بعض ما يسمىٰ بوظائف الجسم والدماغ اللاإرادية، وذلك من خلال أنشطة أساسية بسيطة كالتنفس، والحركة، واللمس.

٤) نستطيع تغيير الظروف الاجتماعية لخلق بيئات يشعر فيها الأطفال والراشدون بالأمان ويتمكنون فيها من الازدهار.

وحين نتجاهل هذه الأبعاد الجوهرية للإنسانية فإننا نحرم الناس من طرق التعافي من الصدمات واستعادة الحكم الذاتي الخاص بهم؛ بالإضافة إلىٰ أن كون المكابد مريضًا -وليس مشاركًا في عملية شفائه- يفصله عن مجتمعه ويُغَرِّبه عن

---

(١) البروتوكول الدليلي: هو البروتوكول الذي يتبع الخطوات أو الإجراءات علىٰ النحو المبين في الدليل الإرشادي (المترجم).

الحس الداخلي بالذات. فنظرًا لما وجدته من أوجه قصور في الأدوية بدأت أتساءل ما إذا كان باستطاعتنا العثور علىٰ طرق أكثر طبيعية لمساعدة الناس علىٰ التعامل مع استجاباتهم التالية للصدمة.

الفصل الثالث
استكشاف الدماغ: ثورة علم الأعصاب

إذا استطعنا اجتياز الجمجمة ورؤية دماغ شخص يفكر تفكيرًا واعيًا، وإذا كان موضع الاستثارية القصوىٰ يضيء، فحينئذ يلزم أن نرىٰ لعبًا علىٰ سطح الدماغ، في هيئة بقعة ساطعة، متموجة الحدود، يتقلب شكلها وحجمها باستمرار، ومن حولها ظلام، تختلف شدته من موضع لآخر، يغطي بقية نصف الكرة المخية.

– إيفان بافلوف Ivan Pavlov

بالمشاهدة تتعلم الكثير. . يوغي بيرا Yogi Berra

في أوائل التسعينيات، أتاحت تقنيات تصوير الدماغ الجديدة إمكانيات لم نكن نتخيلها لاكتساب فهم متطور للطريقة التي يعالج بها الدماغ المعلومات؛ فالآلات العملاقة ذات ملايين الدولارات المعتمدة علىٰ الفيزياء المتقدمة وتكنولوجيا الحاسوب، سرعان ما قامت بتحويل علم الأعصاب إلىٰ واحد من أكثر مجالات البحث العلمي رواجًا، حيث أن التصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني[١]، ثم التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي[٢]، مكّن العلماء من تصوّر كيفية تَنشُّط أجزاء الدماغ المختلفة حين ينخرط الأشخاص في مهام معينة

(1) Positron emission tomography (PET).

(2) functional magnetic resonance imaging (fMRI).

أو حين يتذكرون أحداثًا من الماضي، فأصبحنا لأول مرة نستطيع مشاهدة الدماغ وهو يعالج الذكريات، والأحاسيس، والانفعالات، وبدأنا في رسم خريطة لدوائر الذهن والوعي. والفرق هاهنا أن التكنولوجيا السابقة المتمثلة في قياس المواد الكيميائية في الدماغ كالسيروتونين أو النورإبينفرين كانت قد مكنت العلماء من مشاهدة ما يزود النشاط العصبي بالوقود، وهو يشبه إلىٰ حد ما محاولة فهم محرك السيارة من خلال دراسة البنزين؛ أما التصوير العصبي فقد أتاح رؤية ما بداخل المحرك، وبهذا فقد غيّر أيضًا فهمنا للصدمة.

كانت كلية طب جامعة هارفارد -وما زالت- في طليعة ثورة علم الأعصاب، وفي عام ١٩٩٤م عُيِّن الطبيب النفسي الشاب سكوت راوخ Scott Rauch أوَّل مدير لمختبر التصوير العصبي بـ «مستشفىٰ ماساتشوستس العام»[1]، وبعد تفكير سكوت في أقرب الأسئلة التي يمكن أن تجيب عنها هذه التكنولوجيا الجديدة، وقراءته بعض مقالاتي، سألني ما إذا كنت أود أن أدرُس معه ما يحدث داخل أدمغة الذين يعانون من الارتدادات الذكروية.

آنذاك كنت قد انتهيت للتو من دراسةٍ لكيفية تذكّر الصدمة (سأناقشها في الفصل الثاني عشر)، والتي كثيرًا ما أخبرني فيها المشاركون عن الاستياء الشديد الذي يشعرون به حين تستولي عليهم الصور، والمشاعر، والأصوات الماضية بغتة. وحين قال بضعة منهم إنهم يرغبون في معرفة الحيلة التي تلعبها أدمغتهم ضدهم أثناء الارتدادات الذكروية سألت ثمانية منهم ما إذا كان لديهم رغبة في العودة إلىٰ العيادة والاستلقاء داخل الماسح الضوئي (وهي تجربة جديدة تمامًا وصفتها بالتفصيل) أثناء إعادتنا خلق مشهد من الأحداث المؤلمة التي كانت تطاردهم؛ ولدهشتي فقد وافق الثمانية جميعًا، كما أعرب كثير منهم عن أملهم في أن ما نتعلمه من معاناتهم يمكن أن يساعد الآخرين.

جلست مساعدتي البحثية ريتا فيسلر Rita Fisler -التي كانت تعمل معنا قبل التحاقها بكلية طب جامعة هارفارد- مع كل مشارك وألّفت نصًّا دقيقًا يعيد خلق

(1) Massachusetts General Hospital.

الصدمة التي تعرضوا لها لحظة بلحظة، وكنا نحاول عمدًا جمع الأجزاء المتفرقة من خبرتهم -صور، وأصوات، ومشاعر معينة- عوضًا عن كتابة القصة بأكملها، لأن هذه هي الطريقة التي تُختبَر بها الصدمة؛ ثم طلبت ريتا أيضًا من المشاركين وصف مشهد يشعرون فيه بالأمان والسيطرة، فوصفت إحداهن روتينها الصباحي؛ ووصف آخر جلوسه علىٰ شرفة منزل ريفي يطل علىٰ التلال بولاية فيرمونت، حيث سنستخدم هذا النص لاحقًا لإجراء فحص ثانٍ، ليوفر لنا قياس خط الأساس.

بعدما فحص المشاركون النصوص للتأكد من دقتها (بالقراءة دون تلفظ، وهذا أقل إيلامًا من السماع أو التلفظ) قامت ريتا بإعداد تسجيل صوتي للنص لنشغّله لهم أثناء وجودهم داخل الماسح الضوئي. وفيما يلي سيناريو نموذجي:

أنت في التاسعة من العمر وتستعد للنوم، تسمع أمك وأباك يصيحان ببعضهما بعضًا، أنت خائف وتشعر بضيق في بطنك؛ أنت وأخوك وأختك الصغيران محتشدون أعلىٰ الدرج، تنظر من فوق الدرابزين وترىٰ والدك يمسك ذراعي أمك التي تجاهد لتحرير نفسها؛ تصرخ أمك وتصدر أصوات عواء وهسهسة، يحتقن وجهك وتشعر بحرارة في كل أجزاء جسدك؛ تركض أمك حين تحرر نفسها وتنطلق إلىٰ غرفة الطعام وتكسر مزهرية صينية باهظة الثمن؛ تصيح بوالديك ليتوقفا، لكنهما يتجاهلانك؛ تركض أمك صاعدة إلىٰ الطابق العلوي وتسمعها وهي تكسر التلفاز؛ يحاول أخوك وأختك الصغيران حملها علىٰ الاختباء داخل الدولاب، تشعر بخفقان قلبك وترتجف.

شرحنا في هذه الجلسة الأولىٰ الغرض من الأكسجين المشع الذي سيتنفسه المشاركون: يتغير معدل استهلاك الأكسجين فورًا إذا زاد النشاط الاستقلابي لأي جزء في الدماغ أو قَلّ، فيلتقط الماسح ذلك؛ كما سنراقب ضغط الدم ومعدل النبض طوال العملية، بحيث يمكن مقارنة هذه العلامات الفسيولوجية مع نشاط الدماغ.

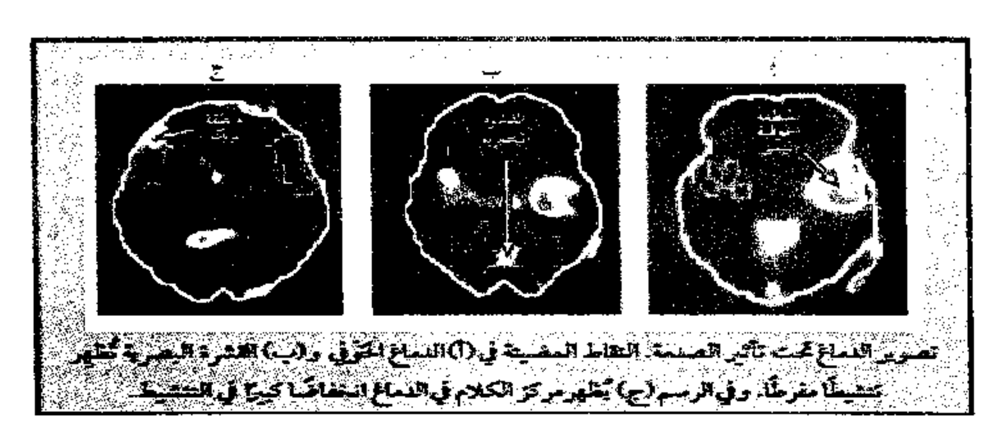
جاء المشاركون بعد عدة أيام إلىٰ مختبر التصوير، وكانت مارشا Marsha، وهي مدرسة تبلغ من العمر أربعين عامًا من إحدىٰ ضواحي بوسطن، أول متطوع

نصوره: لقد أعادها نَصُّها إلىٰ ذلك اليوم، قبل ثلاثة عشر عامًا، حين أقلَّت ابنتها ميليسا Melissa البالغة من العمر خمس سنوات من المخيم النهاري، وبعد انطلاقهما سمعت مارشا صفيرًا مستمرًّا يشير إلىٰ أن حزام مقعد ميليسا لم يتم ربطه كما ينبغي؛ وحين مدت مارشا يدها لتضبط الحزام كسرت إشارة حمراء، فاصطدمت سيارة أخرىٰ بسيارتها من جهة اليمين، مسفرة عن مقتل ابنتها فورًا؛ وفي سيارة الإسعاف التي كانت في طريقها إلىٰ غرفة الطوارئ مات أيضًا جنينها ذو السبعة أشهر.

انقلبت مارشا بين عشية وضحاها من المرأة المرحة الناشرة للبهجة إلىٰ شخص ملعون ومكتئب مليء بلوم الذات؛ وتحولت من التدريس في الصف إلىٰ الإدارة المدرسية، لأن العمل المباشر مع الأطفال صار أمرًا لا يطاق -كما يحدث في حالة كثير من الآباء الذين يفقدون أطفالهم- حيث أصبحت ضحكاتهم السعيدة موقدًا قويًّا للصدمة. لكن رغم اختبائها وراء أعمالها المكتبية كانت بالكاد تستطيع اجتياز اليوم؛ فكانت تعمل ليل نهار في محاولة عابثة -وغير مجدية- لإبعاد مشاعرها والتكيف مع الأمر.

كنت أقف خارج الماسح حين خضعت مارشا للإجراء، وكان بإمكاني متابعة ردود فعلها الفسيولوجية علىٰ الشاشة، وفي اللحظة التي شغلنا فيها شريط التسجيل بدأ نبضها في التسارع، وقفز ضغط دمها قفزة كبيرة؛ إن مجرد سماع النص المشابه أدىٰ إلىٰ تنشيط نفس الاستجابات الفسيولوجية التي حدثت خلال حادثة السير قبل ثلاثة عشر عامًا. وبعد انتهاء النص المسجل وعودة معدل نبضها وضغط دمها إلىٰ طبيعتهما شغلنا نصَّها الثاني: النهوض من السرير وتفريش أسنانها، فلم يتغير معدل النبض وضغط الدم هذه المرة.

حين خرجت مارشا من الماسح بدا عليها الإحباط، والإرهاق، والتجمد؛ وكان تنفسها ضحلًا، وعيناها مفتوحتين علىٰ مصراعيهما، وكتفاها منحنيين؛ وهذه هي الصورة نفسها التي تمثّل الهشاشة والعجز عن المقاومة؛ ثم سعينا إلىٰ إراحتها والتخفيف عنها، لكنني تساءلت ما إذا كان أي مما اكتشفناه يستحق ثمن تكدرها ذاك.



تصوير الدماغ تحت تأثير الصدمة. النقاط المضيئة في (أ) الدماغ الحوفي و(ب) القشرة البصرية تُظهر تنشيطًا مفرطًا. وفي الرسم (ج) يُظهر مركز الكلام في الدماغ انخفاضًا كبيرًا في التنشيط

عقب إكمال جميع المشاركين الثمانية هذا الإجراء ذهب سكوت راوخ للعمل مع علماء الرياضيات والإحصائيين لإنشاء صور مركَّبة تقارن الاستثارة الناجمة عن الارتدادات الذكروية بحالة الدماغ في الوضع الحيادي، وبعد بضعة أسابيع أرسل لي النتائج، تلك التي تراها بالأعلىٰ؛ فلصقت هذه التصويرات علىٰ ثلاجة مطبخي، وظللت أحدق بها كل مساء علىٰ مدىٰ الأشهر القليلة التالية؛ وخطر ببالي أن هذا لا بد هو ما كان يشعر به علماء الفلك الأوائل حين كانوا يبصرون عبر التلسكوب مجموعة نجمية جديدة.

كانت هناك بعض النقاط والألوان المحيرة في الصور، لكن أكبر منطقة حدث بها تنشيط دماغي لم تفاجئني؛ وهي البقعة البيضاء الكبيرة في الجزء السفلي الأيمن من الدماغ، وهي المنطقة الحَوْفِية، أو الدماغ الانفعالي Emotional Brain؛ فقد كان من المعلوم أن الانفعالات الشديدة تنشط الجهاز الحوفي Limbic system، ولا سيما منطقة بداخله تسمىٰ اللَّوْزَة؛ ونحن نعتمد علىٰ اللوزة في تحذيرنا من الخطر الوشيك وفي تنشيط استجابة الكرب الجسدية، ثم بيَّنت دراستُنا أنه حين يُعرض علىٰ المصدومين صور، أو أصوات، أو أفكار تتعلق بخبرتهم الخاصة = تتفاعل اللوزة بإصدار إنذار؛ حتىٰ لو كان ذلك -كما في حالة مارشا- بعد ثلاثة عشر عامًا من الحدث الأصلي؛ ويؤدي تنشيط مركز الخوف هذا إلىٰ إطلاق شلال من الهرمونات الكربية والنبضات العصبية التي ترفع ضغط الدم، ومعدل النبض، والمدخول الأكسجيني؛ مما يهيئ الجسم للقتال أو الفرار١؛ ولقد سجلت الشاشات المتصلة بذراعي مارشا حالة الاستثارة

الفسيولوجية المحمومة هذه، رغم أنها طوال مدة الإجراء لم تغفل غفلة تامة عن حقيقة أنها تستريح بهدوء داخل الماسح الضوئي.

الرعب الأبكم:

كان أشد اكتشافاتنا إدهاشًا هو وجود بقعة بيضاء في الفص الجبهي الأيسر من القشرة المخية، في موضع يسمىٰ «منطقة بروكا»[1]؛ ففي هذه الحالة كان التغير في اللون يعني أن هناك انخفاضًا كبيرًا في نشاط هذا الجزء من الدماغ؛ وهذه المنطقة هي إحدىٰ مراكز النطق في الدماغ، والتي غالبًا ما تعطب لدىٰ مرضىٰ السكتة الدماغية حين انقطاع الإمداد الدموي عن تلك المنطقة. وإن تعطُّل «منطقة بروكا» يعجزك عن صياغة أفكارك ومشاعرك في كلمات، وقد أظهرت مسوحنا أن هذه المنطقة تنطفئ متىٰ ما استثيرت ارتدادة ذكروية؛ بعبارة أخرىٰ: أصبح لدينا دليل مرئي علىٰ أن آثار الصدمة لا تختلف بالضرورة عن -كما يمكن أن تتداخل مع- آثار الآفات المادية كالسكتات الدماغية.

تُعتبر جميع الصدمات أمورًا قبل لفظية؛ ويصور شكسبيرُ حالةَ الرعب الأبكم هذه في مسرحية «مكبث» Macbeth، بعد اكتشاف جثة الملك المقتول: «ويلاه! ويلاه! ويلاه! فظاعةٌ يقصر الفكر عن تصورها، والوصف عن الإحاطة بها! قمة الفوضىٰ بعينها!»[٢]. في الظروف القاسية يصرخ الناس مطلقين ألفاظًا بذيئة، أو يستغيثون بأمهاتهم، أو يصيحون في رعب، وقد ينطفئون فحسب؛ حيث يجلس ضحايا الاعتداءات والحوادث في صمت وجمود في غرف الطوارئ؛ والأطفال المصدومون «ينشل لسانهم» ويرفضون التحدث، كما تُظهر صور الجنود المقاتلين الفوتوغرافية رجالًا غائصة عيونهم يحدقون بصمت في الفراغ.

وحتىٰ بعد مرور سنوات علىٰ الصدمة يلاقي المصدومون صعوبة شديدة في إخبار الآخرين بما حدث لهم، حيث تعاود أجسادهم اختبار الرعب، والحنق،

---

(1) Broca's area.

(٢) قمتُ بالمزج بين ترجمة «حسين أحمد أمين» و«خليل مطران» لمسرحية مكبث لترجمة النصوص المذكورة من المسرحية في هذا الكتاب (المترجم).

والعجز، إلىٰ جانب اندفاعة القتال أو الفرار، لكن هذه المشاعر يكاد يكون من المستحيل التعبير عنها؛ وهكذا تدفعنا الصدمة بطبيعتها خارج حدود الفهم والاستيعاب، قاطعة إيانا عن اللغة القائمة علىٰ الخبرة المشتركة أو الماضي الذي يمكن تخيله.

لا يعني هذا أن الناس لا يستطيعون الحديث عن المأساة التي حلت بهم؛ فعاجلًا أو آجلًا ما يأتي معظم الناجين -كالمحاربين القدامىٰ في الفصل الأول- بما يسميه الكثير منهم «قصة الغلاف»، التي تقدم بعض التفسير لأعراضهم وسلوكهم لعامة الناس. ومع ذلك فنادرًا ما تحيط هذه القصص بالحقيقة الجُوّانية للخبرة، إذ يصعب للغاية تنظيم خبرات المرء الصدمية في هيئة قصة متسقة؛ في سرد له بداية، ووسط، ونهاية؛ بل إن الصحفي المخضرم الشهير إد مورو Ed Murrow -مراسل شبكة «سي بي إس»[1] الإخبارية- قد جاهد لوصف الفظائع التي رآها حين حُرّر المعتقلون من المعسكر النازي «بوخنفالد» Buchenwald عام ١٩٤٥م: «أدعو الله أن تصدقوا ما قلته؛ لقد أبلغت بما رأيته وسمعته، لكن هذا ليس سوىٰ جزء منه، أما المعظم فليس لدي كلمات تصفه».

وحين تفشل الكلماتُ، تلتقط الصورُ المتخطِّفةُ الخبرةَ ثم تعود في هيئة كوابيس وارتدادات ذكروية. وعلىٰ النقيض من تعطل «منطقة بروكا» فقد اتقد موضع آخر لدىٰ المبحوثين، «المنطقة ١٩»، وهي موضع في القشرة البصرية منوط بتدوين الصور حين دخولها الدماغ لأول مرة؛ ولقد اندهشنا برؤية تنشيط دماغي في هذه المنطقة بعد زمن طويل من الخبرة الأصلية للصدمة؛ ففي الظروف العادية تنتشر الصور الأولية المدونة في المنطقة ١٩ انتشارًا سريعًا إلىٰ المناطق الدماغية الأخرىٰ التي تفسر معنىٰ ما شوهد، لكننا كنا نشهد مجددًا منطقة دماغية تنشط مرة أخرىٰ كما لو أن الصدمة تحدث بالفعل.

وكما سنرىٰ في الفصل الثاني عشر، الذي يناقش الذاكرة، فالأجزاء الحسية الأخرىٰ للصدمة -كالأصوات، والروائح، والأحاسيس الجسدية- التي لم

(1) CBS News.

يهضمها الدماغ تتدوّن أيضًا تدوُّنًا منفصلًا عن القصة نفسها، وغالبًا ما تؤدي الأحاسيس المشابهة إلىٰ استثارة ارتدادات ذكروية تعيدهم إلىٰ حالة الوعي السابقة، التي من الواضح أنها لا تتغير بمرور الزمن.

التحول إلىٰ جانب دماغي واحد:

كما كشفت مسوحنا أن أدمغة المشاركين أثناء الارتدادات الذكروية كانت تضيء في الجانب الأيمن فقط، ويوجد اليوم عدد كبير من الأدبيات العلمية والشعبية حول الفروق بين الأدمغة اليمنىٰ واليسرىٰ، وفي أوائل التسعينيات كنت قد سمعت أن بعض الناس بدؤوا في تقسيم العالم لذوي الأدمغة اليسرىٰ (الأشخاص العقلانيين والمنطقيين) وذوي الأدمغة اليمنىٰ (الأشخاص الحدسيين والابتكاريين)، لكنني لم أعر اهتمامًا كبيرًا لهذه الفكرة؛ ورغم ذلك فقد أظهرت مسوحنا بكل وضوح أن صور الصدمة التي حدثت في الماضي تنشِّط النصف الأيمن من الدماغ وتعطِّل النصف الأيسر.

نحن الآن ندرك أن نصفي الدماغ يتحدثان بالفعل لغات مختلفة؛ يُعتبر الأيمن حدسيًا، وعاطفيًا، وبصريًا، ومكانيًا، وتكتيكيًا؛ ويُعتبر الأيسر لغويًا، وتسلسليًا، وتحليليًا؛ وفي حين يقوم الدماغ الأيسر بكل مهام الحديث فالدماغ الأيمن يحمل موسيقىٰ الخبرة؛ فهو يتواصل بالتعابير الوجهية ولغة الجسد وبإصدار أصوات الحب والأسىٰ: بالغناء، أو السب، أو البكاء، أو الرقص، أو التقليد. والدماغ الأيمن هو الذي ينمو أولًا داخل الرحم، وهو منوط بالتواصل غير اللفظي بين الأمهات والرُضَّع. كما ندرك أن النصف الأيسر يبدأ تشغيله حين يشرع الأطفال في فهم اللغة وتعلم كيفية التحدث، وهذا يمكّنهم من تسمية الأشياء، ومقارنتها ببعضها، وفهم علاقاتها المتبادلة، والبدء في توصيل خبراتهم الشخصانية الفريدة إلىٰ الآخرين.

كما يعالج هذا الجانبان بصمات الماضي بطرق شديدة الاختلاف؟؛ فالدماغ الأيسر يتذكر الحقائق، والإحصاءات، ومفردات الأحداث، إذ نستدعيه حين نريد تفسير خبراتنا وترتيبها؛ في حين يخزن الدماغ الأيمن ذكريات الصوت،

واللمس، والشم، والعواطف التي تثيرها تلك الذكريات، كما أنه يتفاعل تلقائيًا مع الأصوات، والسمات الوجهية، والإيماءات، والأماكن المختبرة في الماضي، وما يتذكره يبدو لنا حقيقة بدهية؛ وبعبارة أخرىٰ: ماهية الأمور؛ فحتىٰ حين تعدادنا فضائل حبيبة لأحد الأصدقاء فقد تكون مشاعرنا متأثرة تأثرًا عميقًا بتذكير وجهها لنا بالخالة التي كنا نحبها في سن الرابعة٣.

في الظروف العادية، يعمل كلا جانبي الدماغ معًا بسلاسة نسبية، حتىٰ في حالة الذين يقال أن لديهم جانبًا مفضَّلًا علىٰ الآخر، ولكن انطفاء أي جانب منهما -ولو حتىٰ مؤقتًا- أو إزالته كليًا (كما كان يحدث أحيانًا في الجراحات الدماغية المبكرة) يسبب إعاقة.

يؤثر تعطل النصف المخي الأيسر تأثيرًا مباشرًا علىٰ قدرتنا علىٰ تنظيم الخبرة في تسلسلات منطقية وعلىٰ ترجمة مشاعرنا المتبدلة وإدراكاتنا الحسية إلىٰ كلمات (إن «منطقة بروكا»، تلك التي تنطفئ أثناء الارتدادات الذكروية، موجودة في الجانب الأيسر)، وبدون السَّلْسَلَة لا يمكننا تحديد السبب والنتيجة، أو استيعاب الآثار طويلة المدىٰ لأفعالنا، أو إنشاء خطط متسقة من أجل المستقبل. وأحيانًا ما يقول الذين ينتابهم توعك شديد أنهم «يفقدون صوابهم»، لكن من الناحية الفنية فهم يختبرون فقدان الوظيفية التنفيذية.

حين يذكِّر أمرٌ المصدومين بالماضي يتفاعل دماغهم الأيمن كما لو أن الحدث الصدمي يحدث في الحاضر، ولكن لأن دماغهم الأيسر معطوب فهم لا يدركون أنهم يعيدون اختبار الماضي وتمثيله؛ فيعيشون نفس الغضب، أو الرعب، أو الحنق، أو الخجل، أو التجمد؛ وبعد انقضاء تلك العاصفة الانفعالية يبحثون عن شيء أو شخص ما يلومونه علىٰ ذلك؛ لقد صدر عنهم ما صدر لأنك أنت تأخرت عشر دقائق، أو لأنك أنت أحرقت البطاطس، أو لأنك أنت «لا تنصت لي أبدًا»؛ ومما لا شك فيه أن معظمنا يفعل ذلك من وقت لآخر، لكننا حين نهدأ نعترف بخطئنا، لكن الصدمة تتعارض مع هذا النوع من الوعي، وبمرور الوقت أظهرت أبحاثُنا سببَ ذلك.

عالق في القتال أو الفرار

بدأ الغموض المحيط بما حدث لمارشا داخل الماسح يزول تدريجيًّا بالنسبة لنا؛ فبعد ثلاثة عشر عامًا من مأساتها قمنا بتنشيط الأحاسيس -الأصوات والصور من الحادث- التي كانت لا تزال مخزنة في ذاكرتها، وحين ظهرت هذه الأحاسيس علىٰ السطح، فعّلت جهاز الإنذار في دماغها، مما جعلها تتفاعل وكأنها عادت إلىٰ المستشفىٰ وهم يخبرونها بأن ابنتها قد ماتت. لقد انمحت الأعوام الثلاثة عشر؛ وكان الارتفاع الشديد في معدل نبضها وضغط دمها يعكس حالتها الفسيولوجية لهذا الإنذار المحموم.

الأدرينالين هو أحد الهرمونات الضرورية لمساعدتنا علىٰ المقاومة أو الفرار عند مواجهة الخطر، ولقد كانت زيادة الأدرينالين مسؤولة عن الارتفاع الدراماتيكي لمعدل النبض وضغط الدم لدىٰ المشاركين أثناء استماعهم إلىٰ سرد الصدمة الخاص بهم. في الظروف العادية يتفاعل الناس مع التهديد بارتفاع مؤقت في الهرمونات الكربية، ثم بمجرد انتهاء التهديد تتبدد هذه الهرمونات ويعود الجسم إلىٰ طبيعته؛ أما في حالة المصدومين تستغرق الهرمونات الكربية وقتًا أطول بكثير للعودة إلىٰ خط الأساس وترتفع ارتفاعًا سريعًا وغير متناسب استجابةً للمنبهات الكاربة الطفيفة، والارتفاع المتواصل للهرمونات الكربية ينطوي علىٰ آثار خبيثة كحدوث مشاكل الذاكرة والانتباه، والتهيجية، واضطرابات النوم، كما يساهم في حدوث العديد من المشكلات الصحية طويلة المدىٰ، ويتوقف هذا علىٰ أي الأجهزة في جسد الفرد أشد عرضة للتأثر.

كما ندرك الآن أن هناك استجابة أخرىٰ محتملة تجاه التهديد، والتي لا تستطيع مسوحنا قياسها بعد؛ حيث يدخل بعض الناس في وضع الإنكار وحسب: تدوّن أجسادهم التهديد، لكن عقولهم الواعية تواصل العمل كأن لم يحدث شيء، ورغم أن العقل قد يتعلم تجاهل الرسائل الواردة من الدماغ الانفعالي إلا أن إشارات الإنذار لا تتوقف، فيواصل الدماغ الانفعالي العمل، وتواصل الهرمونات الكربية إرسال إشارات إلىٰ العضلات بالاشتداد من أجل

إصدار فعل أو بالتجمد في حالة الانهيار؛ وتستمر التأثيرات المادية على الأعضاء بلا هوادة إلى أن تستدعي انتباهنا حين يعبَّر عنها في هيئة مرض. كما يمكن للأدوية، والمخدرات، والخمور، أن تضعف أو تطمس مؤقتًا الأحاسيس والمشاعر التي لا تطاق؛ لكن يظل الجسد لا ينسى ومحتفظًا بالذكرى.

يمكننا تفسير ما حدث لمارشا في الماسح من عدة منظورات مختلفة، لكل منها آثار على طريقة العلاج؛ إذ يمكننا التركيز على الاضطرابات الكيميائية العصبية والفسيولوجية التي كانت شديدة الوضوح وإثبات أنها تعاني من خلل كيميائي حيوي يعاد تنشيطه متى ما ذكِّرت بوفاة ابنتها ثم نبحث بعد ذلك عن عقار أو مزيج من العقاقير التي من شأنها تثبيط التفاعل أو -في أفضل الأحوال- استعادة التوازن الكيميائي، وبناءً على نتائج مسوحنا بدأ بعض زملائي من «مستشفى ماساتشوستس العام» في تفحص الأدوية التي يمكن أن تضعف استجابة الناس لتأثيرات ارتفاع الأدرينالين.

كما يمكننا تقديم حجة قوية مفادها أن مارشا مفرطة الحساسية تجاه ذكرياتها عن الماضي وأن أفضل علاج سيكون شكلًا من أشكال إزالة التحسس[١]؛ وأن بتدرّبها على تفاصيل الصدمة مرارًا مع المعالج سيتم إسكات استجاباتها البيولوجية، بحيث يمكنها أن تدرك وتتذكر أن «لقد كان ذلك حينها، وأنا هنا الآن» بدلًا من معاودة عيش الخبرة مرارًا وتكرارًا.

منذ مائة عام أو أكثر كانت كل الكتب المرجعية في علم النفس والعلاج النفسي تنصح بأن أحد أساليب الكلام عن المشاعر المكربة يمكن أن يداويها، ولكن كما رأينا فإن خبرة الصدمة نفسها تمثّل عائقًا في طريق الاقتدار على فعل ذلك؛ فمهما كان مقدار التبصر والفهم الذي نستنبته فإن الدماغ العقلاني Rational Brain عاجز أساسًا عن سلخ الدماغ الانفعالي من حقيقته. وإنني لأعجَب دائمًا من الصعوبة التي يلاقيها الذين مروا بما تعجز الكلمات عن وصفه

---

(١) Desensitization هو أسلوب للعلاج السلوكي المتدرج، يستخدم في حالات المخاوف المرضية والقلق. (ص).

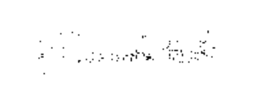
حين يحاولون توصيل جوهر خبرتهم، إذ يجدون من السهل التحدث عما أصابهم -كرواية قصة وقوعهم ضحية ثم الانتقام- مقارنة بالصعوبة الشديدة التي يلاقونها في الانتباه لحقيقة خبرتهم الداخلية، والشعور بها، والتعبير عنها بالكلمات.

لقد كشفت مسوحنا سبب استمرار تخوفهم وكيفية انبعاثه من جوانب متعددة من الخبرة اليومية؛ إنهم لم يدمجوا خبرتهم في نهر حياتهم الجاري، وإنما استمروا في التواجد «هناك» ولم يجدوا طريقة للتواجد «هنا»؛ المحيا التام في زمن الحاضر.

وبعد مرور ثلاث سنوات على مشاركة مارشا في دراستنا جاءت إليّ بوصفها مريضة، ولقد نجحتُ في علاجها باستخدام «إعادة المعالجة الذكروية»، الذي هو موضوع الفصل الخامس عشر.

الباب الثاني

دماغك والصدمة



الفصل الرابع
انفذ بجلدك: الوصف التشريحي للنجاة

قبل بزوغ الدماغ،كان الكون خاليًا من الأصوات والألوان، ولم يكن هناك أي نكهة أو رائحة، وعلىٰ الأرجح أنه لم يكن هناك منطق، كما لم يكن للشعور أو العاطفة وجود؛ لكنه كان أيضًا خاليًا من الألم والقلق.

روجر سبيري١ Roger Sperry

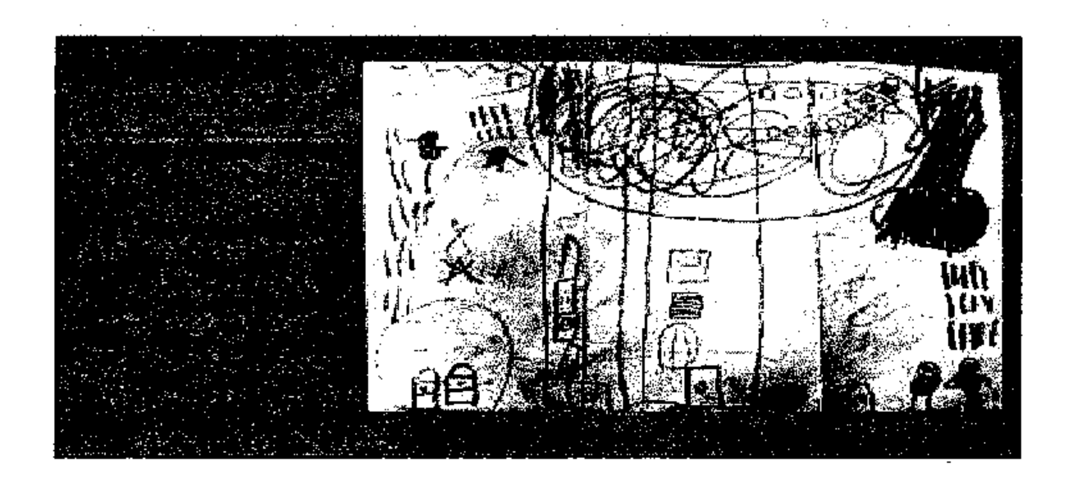
في يوم ١١ سبتمبر ٢٠٠١م، شهدَ نعوم شاول Noam Saul البالغ من العمر خمس سنوات أول طائرة ركاب تصطدم بمركز التجارة العالمي من نوافذ الصف الأول الدراسي من مدرسة «بي إس ٢٣٤»[1]، علىٰ مقربة أقل من ١٥٠٠ قدم؛ ثم ركض هو وزملاؤه مع معلمهم ونزلوا السُلَّم متجهين إلىٰ الردهة، حيث تجمع معظمهم مع آبائهم الذين كانوا قد أوصلوهم إلىٰ المدرسة قبل ذلك بدقائق معدودة؛ ولقد كان نعوم وشقيقه الأكبر ووالدهم ثلاثة من بين عشرات الآلاف الذين نفذوا بجلدهم عبر الأنقاض، والرماد، والدخان الذي كان بوسط مدينة مانهاتن ذلك الصباح.

كانت تجمعني بأسرته علاقة صداقة، وبعد عشرة أيام من هذا الحدث قمت بزيارتهم، وفي ذلك المساء ذهبت أنا ووالداه لنتمشىٰ في الظلام المخيف في ساحة البرج الأول التي كانت لا تزال منبعثة بالدخان، وشققنا طريقنا بين طواقم

(1) PS 234.

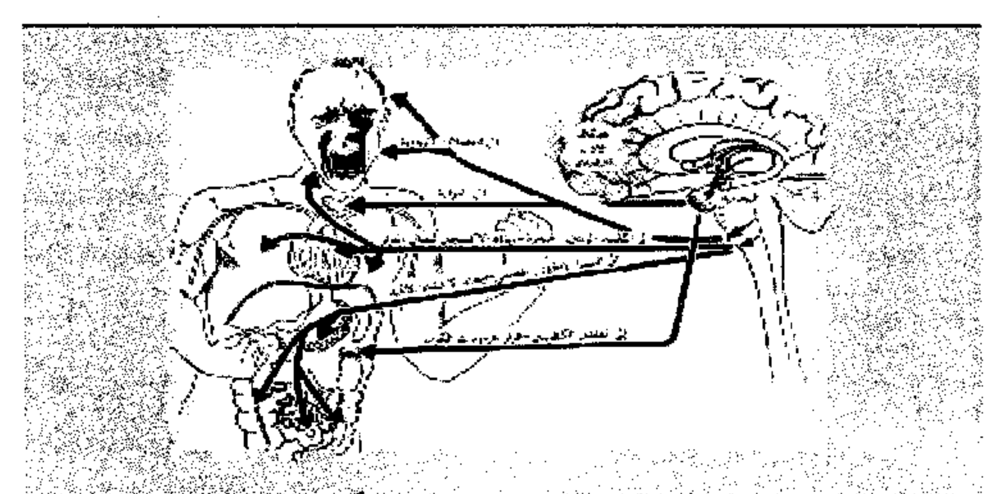
الإنقاذ التي كانت تعمل دون توقف تحت أضواء المصابيح العملاقة الوهاجة؛ وحين عدنا إلىٰ البيت كان «نعوم» لا يزال مستيقظًا، فأراني صورة رسمها في تمام الساعة التاسعة صباح يوم ١٢ سبتمبر؛ يصوِّر الرسم ما رآه في اليوم السابق: طائرة تصطدم بالبرج، كرة من النار، رجال إطفاء، وأشخاص يقفزون من نوافذ البرج، لكنه رسم في أسفل الصورة شيئًا آخر: دائرة سوداء عند أسفل المبنى؛ ولم يكن لدي أي فكرة عما كان هذا لذا سألته عنها، فأجاب قائلًا: «وَثَّابة» (ترامبولين)، وماذا تفعل تلك الوثابة هناك؟ فأوضح «نعوم» قائلًا: «كي ينجو الناس إن اضطروا للقفز في المرة التالية». فأصابني الذهول: لقد شهد هذا الصبي ذو الخمس سنوات فوضىٰ وكارثة يعجز الوصف عن الإحاطة بهما قبل أربع وعشرين ساعة فحسب من قيامه بذلك الرسم، لكنه استخدم مخيلته للمعالجة الذهنية لما رآه والبدء في المضي قدمًا في حياته.

لقد حالف الحظ «نعوم»؛ فلم يصب هذا الحادث أحدًا من أسرته بأي ضرر، كما أنه قد ترعرع محاطًا بالحب، وكان قادرًا علىٰ إدراك أن المأساة التي شهدوها قد انتهت؛ وذاك لأن الأطفال الصغار أثناء الكوارث عادة ما يتلقون إشاراتهم من والديهم؛ فطالما ظل مقدمو الرعاية هادئين ومستجيبين لاحتياجات أطفالهم فغالبًا ما يتمكن الأطفال من اجتياز الحوادث المروعة دون ندوب نفسية خطيرة.



لكن خبرة «نعوم» تتيح لنا رؤية عامة لجانبين جوهريين من جوانب الاستجابة التكيفية للتهديد التي هي أساسية لنجاة الإنسان؛ لقد اقتدر حين حدوث الكارثة علىٰ أن يضطلع بدور فاعلٍ بالهروب منها، وبالتالي أصبح عنصرًا فاعلًا في إنقاذ نفسه؛ ثم بمجرد بلوغه أمان بيته تم إسكات أجراس الإنذار في دماغه وجسده، وبهذا تحرر عقله لاستيعاب ما حدث، بل حتىٰ لتخيل بديل مبتكر لما رآه؛ الوثَّابة المنقذة.

لكن المصدومين -علىٰ النقيض من «نعوم»- يصيرون عالقين، فيتوقف نموهم لعجزهم عن إدماج خبرات جديدة في حياتهم، ورغم أنني تأثرت كثيرًا حين أهداني محاربو جيش باتون الساعة العسكرية من الحرب العالمية الثانية في عيد الميلاد المجيد إلا أنها كانت تذكارًا محزنًا للسنة التي توقفت فيها حياتهم توقفًا عمليًا: ١٩٤٤م. إن الانصدام معناه أن يواصل المرء تهيئة حياته كما لو أن الصدمة ما زالت مستمرة -لم تتغير وغير قابلة للتغيير-، وبهذا يلوث ماضيك كل لقاء أو حدث جديد.



تؤثر الصدمة على كافة أبعاد الكائن البشري؛ جسدًا، وعقلًا، ودماغًا. وفي اضطراب الكرب التالي للصدمة يواصل الجسم مكافحة تهديد ينتمي إلى الماضي؛ وبهذا فالتعافي من اضطراب الكرب التالي للصدمة معناه الاقتدار على إنهاء هذا الاستنفار الكربي المستدام وإعادة الكائن البشري بأكمله إلى بر الأمان.

بعد الصدمة يُختبَر العالم بجهاز عصبي مختلف؛ حيث تصبح طاقة الناجي حينئذ مركزة علىٰ قمع الفوضىٰ الداخلية، وذلك علىٰ حساب الانخراط العفوي في حياته، كما يمكن أن تؤدي هذه المحاولات -التي تهدف للحفاظ علىٰ السيطرة علىٰ التفاعلات الفسيولوجية التي لا تطاق- إلىٰ طيف الكامل من الأعراض الجسدية، بما في ذلك الألم العضلي الليفي، والتعب المزمن، وأمراض المناعة الذاتية الأخرىٰ، وهذا ما يفسر الأهمية الحاسمة لإشراك الكائن الحي بأكمله؛ جسدًا، وعقلًا، ودماغًا، عند علاج الصدمات.

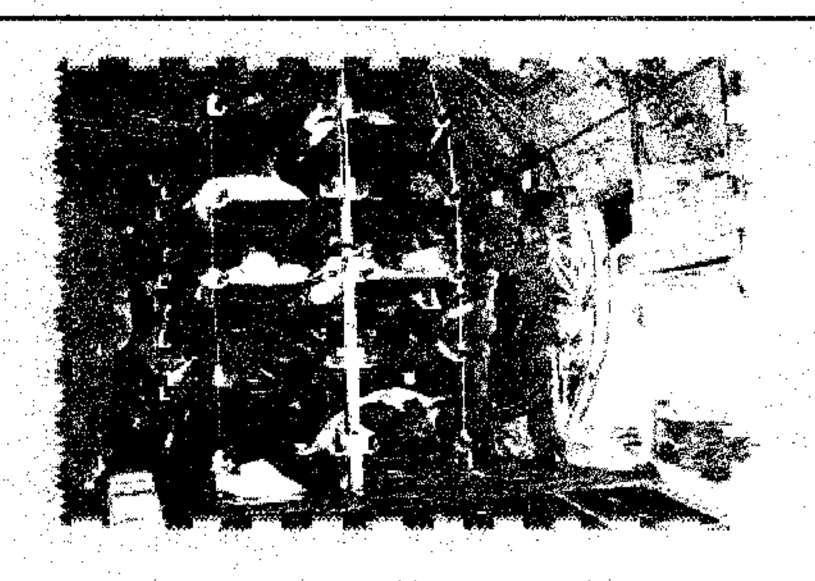
مُصَمَّمٌ للنجاة:

يظهر الرسم التوضيحي في الصفحة السابقة استجابة الجسم بأكمله للتهديد.

حين يتفعَّل جهاز الإنذار الدماغي يستثير تلقائيًّا خطط هروب جسدية مبرمجة مسبقًا ومحفوظة في أقدم الأجزاء الدماغية؛ وكما هو الحال في الحيوانات الأخرىٰ، فالأعصاب والمواد الكيميائية التي تشكل بنية دماغنا الأساسية ترتبط ارتباطًا مباشرًا بجسدنا. وحين يتولىٰ الدماغ القديم السيطرة، يطفئ جزئيًّا الدماغ الأعلىٰ -عقلنا الواعي- ويدفع الجسد إلىٰ الفرار، أو الاختباء، أو القتال، أو -في بعض الأحيان- التجمد؛ بل قد ينتفض جسدنا متحركًا قبل وعينا التام بما نحن فيه، ثم إذا نجحت استجابة القتال/الفرار/التجمد وهربنا من الخطر، فحينئذ نستعيد توازننا الداخلي و«نستفيق» شيئًا فشيئًا.



صورة من وكالة «أسوشيتد برس» Associated Press الإخبارية / بول هوثيرن
PAUL HAWTHORNE



ILLINOISPHOTO.COM

وإذا مُنعت هذه الاستجابة الطبيعية لسبب أو لآخر -علىٰ سبيل المثال: حين يتعرض الناس للتثبيت، أو المحاصرة، أو المنع من اتخاذ إجراء فعال؛ سواء كان ذلك في منطقة حرب، أو حادث سيارة، أو عنف منزلي، أو اغتصاب-

حينئذ يواصل الدماغ إفراز المواد الكيميائية الكَرْبيّة، وتستمر الدوائر الكهربائية الدماغية في إطلاق النبضات دون جدوىٰ[2]؛ بل إن الدماغ بعد مرور زمن طويل علىٰ الحدث الفعلي يواصل إرسال إشارات إلىٰ الجسد للهروب من تهديد لم يعد موجودًا. ومنذ أن نشر الأخصائي النفسي الفرنسي بيير جانيه Pierre Janet عام ١٨٨٩م أول تقرير علمي عن الكرب الصدمي[3] وقد تم الإقرار بأن الناجين من الصدمات عرضة «لمواصلة العملية -أو بالأحرىٰ مواصلة المحاولة (غير المجدية) للقيام بالعملية- التي بدأت وقت حدوث الأمر الصادم»؛ وبهذا تُعتبر المقدرة علىٰ التحرك وفعل شيء ما لحماية نفسك عاملًا حاسمًا في تحديد ما إذا كانت الخبرة المروعة ستترك ندوبًا طويلة الأمد أم لا.

سأتعمق أكثر في استجابة الدماغ للصدمة خلال هذا الفصل، فكلما زاد ما يكتشفه علم الأعصاب عن الدماغ ازداد إدراكنا بأنه عبارة عن شبكة هائلة من الأجزاء المترابطة التي صممت لمساعدتنا علىٰ البقاء والازدهار، وإن معرفة كيفية عمل هذه الأجزاء سويًا لهو أمر ضروري لفهم كيفية تأثير الصدمة علىٰ كل جانب من جوانب الكائن البشري كما يمكن أن تكون بمثابة دليل لا غنىٰ عنه لمداواة الكرب الصدمي.

الدماغ من القاع إلىٰ السطح:

إن أهم وظيفة للدماغ هي ضمان بقائنا، حتىٰ أثناء أشد الظروف بؤسًا، وما دون ذلك يُعتبر ثانويًا، ولكي يقوم الدماغ بذلك فهو بحاجة إلىٰ[4]:

١) توليد إشارات داخلية تدوّن ما تحتاجه أجسادنا؛ كالطعام، والراحة، والحماية، والجنس، والمأوىٰ؛

٢) رسم خريطة للعالم توجهنا إلىٰ موضع تلبية تلك الاحتياجات؛

٣) توليد الطاقة والأفعال اللازمة لإيصالنا إلىٰ هناك؛

٤) تنبيهنا إلىٰ الأخطار والفرص علىٰ طول الطريق؛

٥) تعديل أفعالنا وفقًا لمتطلبات اللحظة.

ونظرًا لأننا نحن البشر ننتمي إلىٰ الثدييات -وهي كائنات لا يمكنها النجاة والازدهار إلا في مجموعات- فإن كل هذه الضرورات تتطلب التنسيق والتعاون؛ وبهذا تحدث المشكلات النفسية حين لا تنطلق إشاراتنا الداخلية، أو حين لا تقودنا خرائطنا إلىٰ ما نحن بحاجة إليه، أو حين نتجمد لدرجة العجز عن التحرك، أو حين لا تتوافق أفعالنا مع احتياجاتنا، أو حين تنهار علاقاتنا. وإن كل بنية دماغية أناقشها تلعب دورًا في هذه الوظائف الأساسية، وكما سنرىٰ لاحقًا فيمكن أن تقف الصدمة عائقًا في طريق كل منها.

إن دماغنا العقلاني المعرفي في حقيقة الأمر هو أصغر أجزاء الدماغ ولا يَشغَل سوىٰ ٣٠ بالمائة تقريبًا من حيز جمجمتنا، كما أنه مهتم في المقام الأول بالعالم الخارجي: استيعاب كيف تتفاعل الأمور والعلاقات واستكشاف كيفية تحقيق أهدافنا، وإدارة وقتنا، وتسلسل أفعالنا. لكن تحت هذا الدماغ العقلاني يوجد دماغان أكثر قِدَمًا من الناحية التطورية، ومنفصلان إلىٰ حد ما، وهما المسؤولان عن كل الأمور الأخرىٰ: تدوين اللحظة وإدارة فسيولوجيا الجسد، ورصد الراحة، والأمان، والتهديد، والجوع، التعب، والرغبة، والشوق، والحماس، واللذة، والألم.

يتشيد الدماغ صعوديًّا، من الأسفل إلىٰ الأعلىٰ؛ ويتكوَّن تدريجيًّا داخل كل طفل في الرحم، تمامًا كما يحدث في مسار التطور(١)، والجزء الأكثر بدائية هو دماغ الحيوان القديم، الذي يطلق عليه غالبًا الدماغ الزاحفي Reptilian brain، وهو الجزء الذي يكون قيد التشغيل بالفعل حين نولد. وهذا الدماغ الزاحفي موجود في جذع الدماغ brain stem، فوق موضع دخول الحبل الشوكي الجمجمة مباشرةً، وهو مسؤول عن كل الأمور التي يمكن للوِلْدان (حديثي الولادة) القيام بها: الأكل، والنوم، والاستيقاظ، والبكاء، والتنفس؛ والشعور بالحرارة، والجوع، والبلل، والألم؛ وتخليص الجسم من السموم بالتبول والتغوط. كما أن

---

(١) evolution سلسلة من حوادث النمو، يصبح العضو أو الكائن الحي بنتيجتها أكثر ارتقاء وتكاملًا مما كان قبل تلك الحوادث، وغالبًا ما يتم ذلك وفق قوانين معينة وبفضل قوىٰ كامنة. وهذا مستند إلىٰ نظرية داروين في الانتخاب الطبيعي. (ص)، (ح).

جذع الدماغ والوِطاء Hypothalamus (الذي يقع فوقه مباشرة) يتحكمان سويًا في مستويات الطاقة داخل الجسد؛ حيث يقومان بتنسيق عمل القلب والرئتين، وكذلك الغدد الصماء والجهاز المناعي، مما يضمن بقاء هذه الأجهزة -التي هي أساسية لحفظ الحياة- ضمن التوازن الداخلي المستقر نسبيًا المعروف باسم الاستتباب[1].

يعتبر التنفس، والأكل، والنوم، والتبرز، والتبول أمورًا أساسية للغاية بحيث يسهل إهمال أهميتها حين نتأمل الأوجه المعقدة للعقل والسلوك؛ ورغم ذلك فإذا كان نومك مضطربًا أو أمعاؤك متوقفة، أو كنت تشعر بالجوع طيلة الوقت، أو كان التلامس يوقد لديك رغبة في الصراخ (كما هو حال الأطفال والراشدين المصدومين غالبًا)، فهذا يعني أن المنظومة بأكملها مختلة التوازن؛ وإننا لنندهش من كمّ المشاكل النفسية المنطوية علىٰ صعوبات في النوم، والهضم، والتيقظ، والتلامس، والشهية؛ وبهذا فلكي يكون أي علاج للصدمة ناجعًا فيجب أن يتناول هذه الوظائف الأساسية المسؤولة عن التدبير المنزلي للجسد.

وفوق الدماغ الزاحفي مباشرة يوجد الجهاز الحوفي، ويُعرف أيضًا باسم الدماغ الثديي Mammalian Brain، لوجوده لدىٰ جميع الحيوانات التي تعيش في مجموعات وترعىٰ صغارها. ويبدأ نمو هذا الجزء الدماغي إثر ولادة الطفل، ويمكن اعتباره مَقَرّ العواطف، ومراقب الأخطار، والقاضي بما هو ممتع أو مخيف، والحَكَم في تحديد ما هو هام أو غير هام لأغراض البقاء؛ كما يُعد مقر القيادة المركزية للتكيف مع تحديات العيش ضمن شبكاتنا الاجتماعية المعقدة.

هذا ويتشكل الجهاز الحوفي استجابة للخبرة، بالشراكة مع التركيب الجيني للرضيع ومزاجه الفطري (يختلف الأطفال من وقت الولادة في شدة ردود فعلهم وطبيعتها إزاء الأحداث المماثلة، ويلاحِظ ذلك بسهولة جميعُ الآباء والأمهات

(1) homeostasis.

الذين أنجبوا أكثر من طفل)، وأي شيء يحدث للطفل يساهم في خريطة العالم الانفعالية والحسية التي يصنعها دماغه النامي. يصف زميلي بروس بيري Bruce Perry ذلك بقوله أن الدماغ يتشكل «بطريقة مبنية علىٰ الاستخدام»٥، وهذا أسلوب آخر لوصف «اللُّدُونة العصبية»، وهي الاكتشاف الحديث نسبيًّا القائل بأن «الخلايا العصبية التي تتَّقد معًا تتصل ببعضها»؛ وعندما تتقد إحدىٰ الدوائر مرارًا وتكرارًا يمكن أن تصبح هي الضبط الافتراضي؛ أي الاستجابة التي يترجح حدوثها؛ فإذا شعرت بالأمان والحب يصبح ذهنك متخصصًا في الاستكشاف، واللعب، والتعاون؛ أما إذا شعرت بالرهب والنبذ يتخصص في التعامل مع مشاعر الخوف والهجر.

في مرحلة الرضاعة والطفولة المبكرة نكتسب علمنا عن العالم بالتحرك، وإمساك الأشياء، والحبو، وباكتشاف ما يحدث حين نبكي، أو نبتسم، أو نحتج؛ فنكون في وضع تجريب متواصل لمحيطنا؛ وبعبارة أخرىٰ: كيف تغير تفاعلاتنا ما تشعر به أجسادنا؟ ولتَحضر حفلة عيد ميلاد لأي طفل بلغ من العمر عامين ولاحظ كيف ستقوم «كيمبرلي» الصغيرة بإشراكك، واللعب معك، ومغازلتك، دون أي احتياج إلىٰ اللغة. وبهذا تقوم هذه الاستكشافات المبكرة بتشكيل البِنَىٰ الحوفية المخصصة للانفعالات والذاكرة، ولكن هذه البنىٰ يمكن أيضًا أن تتغير تغيرًا كبيرًا بواسطة الخبرات اللاحقة: للأفضل؛ بالصداقة الوطيدة أو الحب الأول الجميل -علىٰ سبيل المثال-، أو للأسوأ؛ بالاعتداء العنيف، أو التنمر المتواصل، أو الإهمال.

يشكل الدماغ الزاحفي مع الجهاز الحوفي ما سأسميه «الدماغ الانفعالي» في سائر هذا الكتاب٦، ويمثل الدماغ الانفعالي فؤاد الجهاز العصبي المركزي، ومهمته الأساسية هي الاعتناء بعافيتك؛ فإذا اكتشف وجود خطر أو فرصة مميزة - مثل شريك حياة يُتوسَّم فيه الخير- فإنه ينبهك بإطلاق دفعة من الهرمونات، وينتج عن ذلك أحاسيس حشوية (بدءًا من الغثيان الطفيف إلىٰ قبضة الهلع التي تشعر بها في صدرك) تعوق تركيز عقلك علىٰ ما سوىٰ ذلك وتدفعك إلىٰ التحرك -جسديًّا

وذهنيًّا- في اتجاه مختلف. وحتىٰ إذا كانت هذه الأحاسيس شديدة الخفاء فهي تؤثر بدرجة كبيرة علىٰ القرارات الصغيرة والكبيرة التي نتخذها طوال حياتنا: كاختيارنا لما نأكله، وأين ومع مَن يروق لنا النوم، والموسيقىٰ المفضلة، وهل نحبذ البستنة أم الغناء في جوقة، ومَن نصادق ومَن نبغض.

كما أن التنظيم الخلوي والكيمياء الحيوية الخلوية الخاصين بالدماغ الانفعالي هما أبسطُ من هذين الخاصَّين بالقشرة الحديثة، التي تمثل دماغنا العقلاني، كما يقيِّم الدماغ الانفعالي المعلومات الواردة بطريقة أكثر عمومية؛ ونتيجة لذلك يقفز إلىٰ استنتاجات مستندة إلىٰ أوجه تشابه تقريبية، علىٰ عكس الدماغ العقلاني، المصمَّم لفرز مجموعة معقدة من الخيارات (والمثال النموذجي هو سقوطك في حالة من الرعب حين ترىٰ ثعبانًا، إلىٰ أن تدرك أنه مجرد حبل ملفوف). والدماغ الانفعالي منوط بتفعيل خطط الهروب المبرمجة مسبقًا، كاستجابات القتال أو الفرار؛ وتكون ردود الفعل العضلية والفسيولوجية هذه تلقائيةً، ويجرىٰ تحريكها دون أي تفكير أو تخطيط من جانبنا، تاركة قدراتنا الواعية والعقلانية لتلحق بالركب فيما بعد، وغالبًا ما يكون ذلك بعد وقت طويل من انتهاء التهديد.

وأخيرًا وصلنا إلىٰ الطبقة العليا في الدماغ، القشرة الحديثة؛ ونحن نشترك مع الثدييات الأخرىٰ في وجود هذه الطبقة الخارجية لكنها تكون أكثر سمكًا لدينا نحن البشر. في السنة الثانية من العمر يبدأ الفص الجبهي -الذي يشكل الجزء الأكبر من قشرتنا المخية الحديثة- في النمو بوتيرة سريعة، ولقد أطلق الفلاسفة القدماء علىٰ السبعة أعوام اسم «عمر العقل»، فالصف الدراسي الأول بالنسبة لنا هو التوطئة للأمور المستقبلية، فهو عبارة عن حياة متمحورة حول قدرات الفص الجبهي: الجلوس الهادئ؛ وإبقاء الصمامات (البولية والبرازية) مغلقة؛ والاقتدار علىٰ استخدام الكلام بدلًا من التصرف غير اللائق؛ بالإضافة إلىٰ فهم الأفكار المجردة والرمزية؛ والتخطيط للمستقبل؛ والتناغم مع المعلمين وزملاء الدراسة.

والفص الجبهي مسؤول عن الصفات التي تجعل الإنسان فريدًا داخل المملكة الحيوانية[٧]، إذ يمكّننا من استخدام اللغة والتفكير المجرد، كما يمنحنا

القدرة علىٰ استيعاب كميات هائلة من المعلومات ودمجها وربطها بالمعنىٰ؛ وعلىٰ الرغم من حماسنا تجاه المفاخر اللغوية لقردة الشمبانزي والريسوس إلا أن البشر وحدهم هم من يتحكمون بالكلمات والرموز اللازمة لإنشاء السياقات الجماعية، والروحية، والتاريخية، التي تشكل حياتنا.

يتيح لنا الفص الجبهي القدرة علىٰ التخطيط، والتأمل، والتخيل، وتصور السيناريوهات المستقبلية وعيشها، كما يساعدنا علىٰ التنبؤ بما سيحدث إذا اتخذنا إجراءً معينًا (كالتقدم لوظيفة جديدة) أو أهملنا آخر (كعدم دفع الإيجار)؛ وبذلك يتيح لنا القدرة علىٰ الاختيار ويشكل أساس إبداعنا المذهل. إن الأجيال المتتابعة من الفصوص الجبهية -التي كانت تعمل في تعاون وثيق- خلقت لنا الثقافة، ونقلتنا من الزوارق الشجرية، والحناطير، والرسائل الورقية، إلىٰ الطائرات النفاثة، والسيارات الهجينة، والبريد الإلكتروني؛ كما أهدتنا وثابة «نعوم» المنقذة من الهلاك.

انعكاسنا لدىٰ بعضنا: النيوروبيولوجيا التفاعلية (العلائقية)

إلىٰ جانب شدة أهمية الفص الجبهي في فهم الصدمة فهو أيضًا مَقَرّ التشاعر[1]؛ الذي هو قدرتنا علىٰ «استشعار ما بداخل الآخرين»؛ ولقد حدث أحد الاكتشافات المذهلة في علم الأعصاب الحديث عام ١٩٩٤م حين حددت مجموعة من العلماء الإيطاليين، بمحض الصدفة، خلايا متخصصة بالقشرة المخية والتي صارت معروفة باسم العصبونات المرآتية[2]٨: قام الباحثون بتوصيل أقطاب كهربائية بخلايا عصبية منفردة في «الباحة أمام الحركية»[3] لدىٰ أحد القرود، ثم قاموا بإعداد حاسوب ليراقب بدقة أي الخلايا العصبية تتقد حين يلتقط القرد حبة فول سوداني أو يمسك بموزة، وفي إحدىٰ اللحظات بينما كان أحد القائمين

---

(١) التشاعر (الاعتطاف) Empathy: تقمُّص المرء لشخصية شخص آخر، والتحسس العاطفي والعقلي لمشاعره وأفكاره وسلوكه، حتىٰ تلك البغيضة والمقلقة منها، ما يدل علىٰ عمق فهم المرء لمشاعر هذا الشخص وتعاطفه مع تجربته الذاتية. (ح) و(ص).

(2) Mirror neurons.

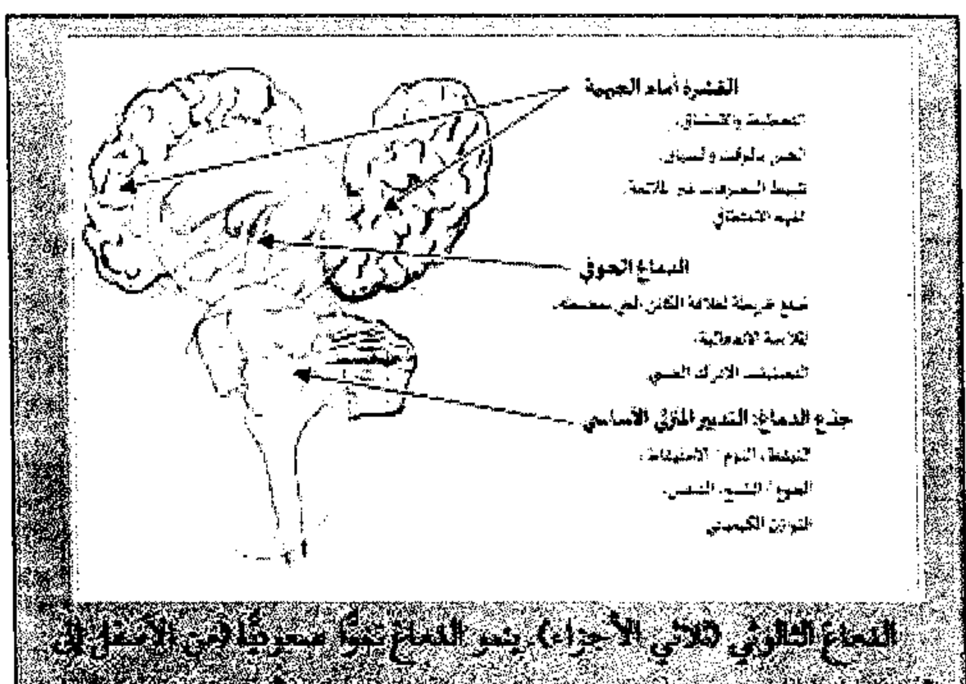
(3) premotor area.

بالتجربة يضع حبات الطعام داخل صندوق إذ به يلاحظ شيئًا علىٰ الحاسوب: لقد اتقدت خلايا القرد الدماغية في نفس المكان الذي به «العصبونات الآمرة الحركية»[1]، لكن المفاجأة هي أن القرد لم يكن يأكل أو يتحرك؛ وإنما كان يتفرج علىٰ الباحث، وكان دماغه يعكس (بالوكالة) أفعال الباحث.

تبع ذلك العديد من التجارب الأخرىٰ في جميع أنحاء العالم، وسرعان ما ثبت أن العصبونات المرآتية تفسر العديد من الجوانب النفسية التي لم تكن قابلة للتفسير سابقًا، كالتشاعر، والتزامُن، بل وحتىٰ تطور اللغة؛ كما شبه أحد الكتَّاب العصبونات المرآتية بـ «الواي فاي العصبي»؛ إذ أننا لا نلتقط حركة الشخص الآخر فحسب بل نلتقط أيضًا حالته الانفعالية ونواياه؛ وحين يكون الناس في تناغم مع بعضهم بعضًا يميلون إلىٰ الوقوف أو الجلوس بهيئات متشابهة، وتتخذ أصواتهم نفس الإيقاعات. لكن خلايانا المرآتية تجعلنا أيضًا عرضة لسلبية الآخرين، بحيث تكون استجابتنا لغضبهم ثَوَرانًا أو يؤدي اكتئابهم إلىٰ شعورنا بالتعاسة؛ وسأسهب في الحديث عن العصبونات المرآتية لاحقًا في هذا الكتاب، لأن الصدمة في الغالبية العظمىٰ من الحالات تشتمل علىٰ عدم رؤية الآخرين للشخص، وعدم انعكاسه لديهم، وعدم أخذه في الاعتبار. وهكذا يحتاج العلاج إلىٰ إعادة تنشيط قدرة المرء علىٰ عكس الآخرين بأمان، وعكسهم له، ولكنه بحاجة أيضًا إلىٰ مقاومة استيلاء مشاعر الآخرين السلبية عليه.

---

(1) motor command neurons.



الدماغ الثلاثي (ثلاثي الأجزاء) ينمو الدماغ نموًا متدرجًا (من الأسفل إلى الأعلى) لا في الرحم ينمو الدماغ الزاحفي ليحكم الوظائف الأساسية للحياة. يحكم هذا الجهاز بعد الاستجابة للتهديد طوال الحياة، كما يجري تشكيله خلال السنوات الست الأولى من العمر بصفة أساسية، ولكنه يستمر في النمو بطريقة مبنية على الاستخدام؛ كما يمكن أن تؤثر الصدمة تأثيرًا كبيرًا على أدائه طوال الحياة. وآخر ما ينمو هو القشرة أمام الجبهية، وتتأثر هي أيضًا بالتعرض للصدمات، كما يؤدي إلى العجز عن فلترة المعلومات غير ذات الصلة، كما تصنف بأنها عرضة للانطفاء - في أي مرحلة من الحياة - استجابة للتهديد.

تتطلب إقامة علاقات متناغمة مع إخواننا البشر فصًّا جبهيًّا سليم الوظيفية، وإن أي شخص عمل مع المصابين بأضرار دماغية أو قام علىٰ رعاية المسنين المصابين بالخرف قد تعلم ذلك بالطريقة الصعبة. كما أن إدراك أن الآخرين يمكن أن يختلفوا عنا في التفكير والشعور لهو خطوة نمائية هائلة بالنسبة للبالغين من العمر عامين أو ثلاثة؛ إذ يتعلمون فهم دوافع الآخرين، حتىٰ يتمكنوا من التأقلم والبقاء بأمان في المجموعات التي لديها تصورات، وتوقعات، وقيم

مختلفة. وبدون وجود فص جبهي مرن ونشط يصبح الناس مخلوقات ثابتة الروتين، إذ تصير علاقاتهم سطحية وروتينية. أما الاختراع، والابتكار، والاكتشاف، والاندهاش؛ فجميع هذه الأمور تصبح منعدمة.

كما تستطيع الفصوص الجبهية (أحيانًا، وليس دائمًا) أن تمنعنا من فعل الأشياء التي تؤدي إلىٰ إحراجنا أو إيذاء الآخرين؛ فلا يتحتم أن نأكل كلما شعرنا بالجوع، أو نُقبِّل أي شخص يثير غرائزنا، أو ننفجر كلما شعرنا بالغضب. وإن معظم مشاكلنا تبدأ عند تلك الحافة الفاصلة بين الاندفاعة والسلوك المقبول؛ إذ كلما ازدادت شدة المدخلات الحشوية الحسية المنبعثة من الدماغ الانفعالي قلت قدرة الدماغ العقلاني علىٰ تثبيطها.

تحديد الخطر: الطَّبَّاخ وكاشف الدخان:

يعد الخطر جزءًا طبيعيًّا من الحياة، والدماغ مسؤول عن رصده وتنظيم استجابتنا؛ فحين تصل المعلومات الحسية المتعلقة بالعالم الخارجي إلينا عن طريق العينين، والأنف والأذنين، والجلد، تتلاقىٰ هذه الأحاسيس في المهاد Thalamus، وهي منطقة داخل الجهاز الحوفي تعمل بمثابة «طباخ» داخل الدماغ، حيث يمزج المهاد جميع المدخلات القادمة من الحواس ببعضها صانعًا حساء سيرةٍ ذاتيةٍ تام الامتزاج = خبرة متكاملة ومتسقة عبارة عن «هذا ما يحدث لي الآن»[١٠]. ثم تُمرَّر الأحاسيس في اتجاهين:

* للأسفل إلىٰ اللوزة، وهي بنية دماغية لوزية الشكل في كل جانب من جانبي الدماغ تقع في عمق الدماغ الحوفي اللاواعي؛

* وللأعلىٰ إلىٰ الفصَّين الجبهيين، حيث تصل إلىٰ إدراكنا الواعي.

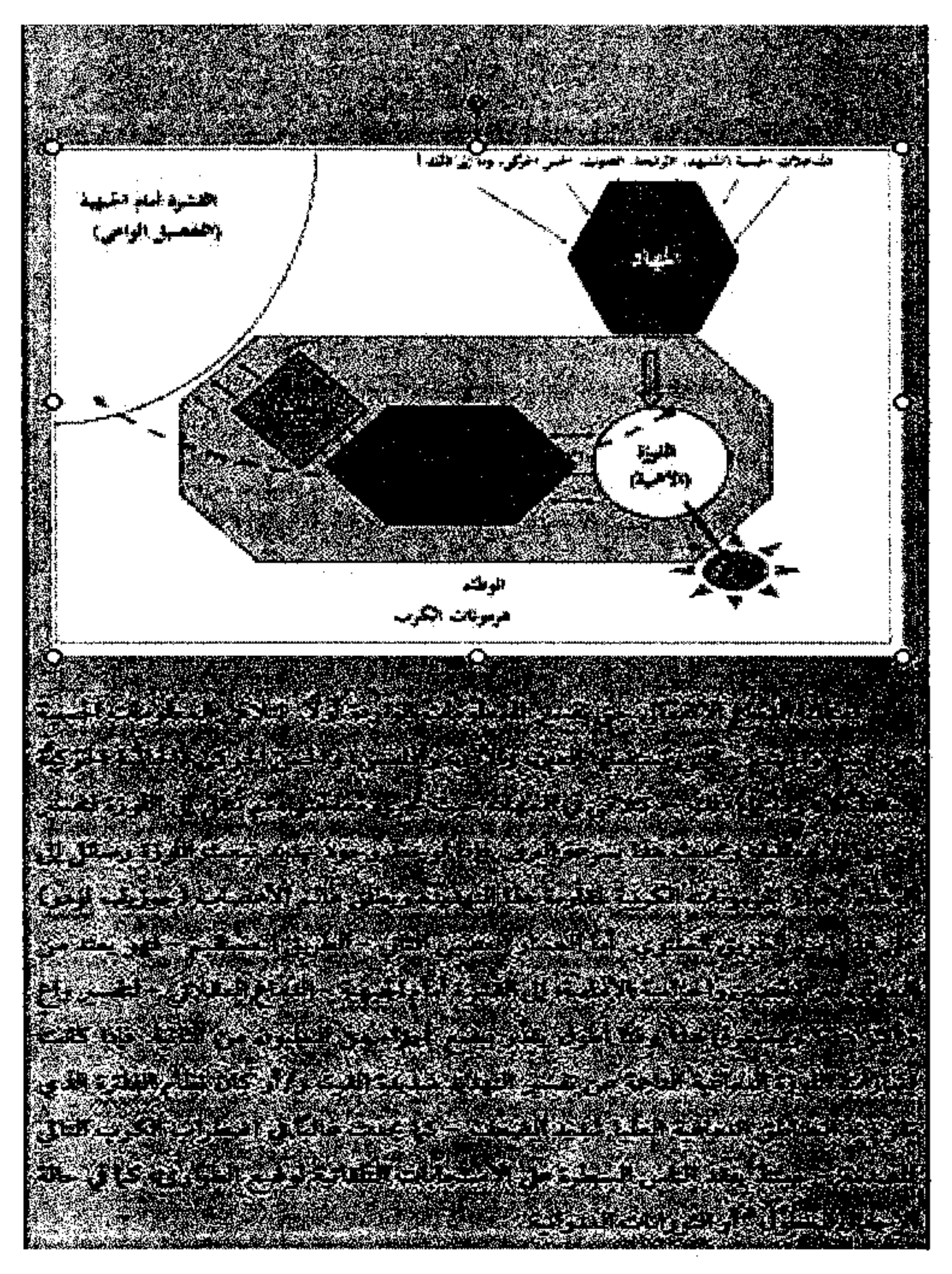
يطلق عالم الأعصاب جوزيف لودو Joseph LeDoux علىٰ المسارات المؤدية إلىٰ اللوزة اسم «الطرائق الملتوية المختصرة»، التي تمر خلالها المعلومات بسرعة فائقة، وعلىٰ تلك المؤدية إلىٰ القشرة الجبهية اسم «الطرائق المستقيمة»، التي تستغرق زمنًا أطول عدة أجزاء من الألف من الثانية في خضم الخبرة ذات التهديد الطاحن. ولكن المعالجة التي يجريها المهاد قد تتعطل،

فيؤدي هذا إلىٰ تشفير المشاهد، والأصوات، والروائح، واللمس إلىٰ أجزاء منعزلة ومنفصلة، وفساد المعالجة الطبيعية للذكرىٰ؛ كما يتجمد الزمن، فيبدو لنا أن الخطر الآنيّ سيستمر إلىٰ الأبد.

تتمثل الوظيفة المركزية للوزة المخية -والتي أسميها كاشف الدخان الخاص بالدماغ- في تحديد ما إذا كانت المدخلات الواردة ذات صلة ببقائنا١١؛ كما تفعل ذلك بسرعة وبتلقائية، بمساعدة التغذية الراجعة من الحُصَين Hippocampus، وهو بنية مجاورة تربط المدخلات الجديدة بالخبرات السابقة. فإذا أحست اللوزة بوجود تهديد -كاصطدام محتمل بمركبة قادمة، أو شخص في الشارع يبدو خطِرًا- حينئذ تبعث رسالة فورية إلىٰ الوطاء وجذع الدماغ، لتشغيل نظام الهرمونات الكربية والجهاز العصبي المستقل (اللاإرادي)[1] لتنسيق استجابة جسدية كلية. ونظرًا لأن اللوزة تعالج المعلومات التي تتلقاها من المهاد أسرع من الفص الجبهي فإنها تقرر ما إذا كانت المعلومات الواردة تشكل تهديدًا لبقائنا حتىٰ قبل أن ندرك الخطر إدراكًا واعيًا؛ وقبل إدراكنا لما يحدث يكون جسدنا قيد الحركة بالفعل.

---

(1) Autonomic nervous system.



تؤدي إشارات الخطر المنبعثة من اللوزة إلى إطلاق الهرمونات الكربية القوية، بما في ذلك الكورتيزول والأدرينالين، مما يزيد من معدل النبض، وضغط الدم، ومعدل التنفس، وذلك لتجهيزنا للمجابهة أو الهروب؛ وبمجرد انتهاء

الخطر يعود الجسم إلىٰ حالته الطبيعية عودة سريعة إلىٰ حد ما؛ ولكن حين يعاق استرداد الحالة الطبيعية لسبب أو لآخر يستثار الجسم للدفاع عن نفسه، مشعرًا المرء بالتهيج والتيقظ.

ورغم أن كاشف الدخان عادة ما يكون ماهرًا وبارعًا في التقاط تلميحات الخطر إلا أن الصدمات تزيد من احتمال سوء تفسير ما إذا كان الموقف خطيرًا أم آمنًا؛ وإنك لا تقدر علىٰ التعايش مع الآخرين إلا إذا كنت تستطيع تقدير ما إذا كانت نواياهم حميدة أم خطيرة وبدقة؛ إذ يمكن أن يؤدي سوء طفيف في قراءة المواقف إلىٰ سوء فهم أليم في العلاقات الأسرية وبيئة العمل؛ كما أن الوظيفية الفعّالة في بيئة العمل المعقدة، أو البيت المليء بالأطفال المشاغبين، تتطلب قدرتَك علىٰ تقييم مشاعر الناس بسرعة والتعديل المستمر لسلوكك وفقًا لذلك، لكن أجهزة الإنذار المختَلّة تؤدي إلىٰ الانفجار أو الانطفاء استجابة للتعليقات أو التعابير الوجهية غير الضارة.

السيطرة علىٰ الاستجابة الكربية: برج المراقبة:

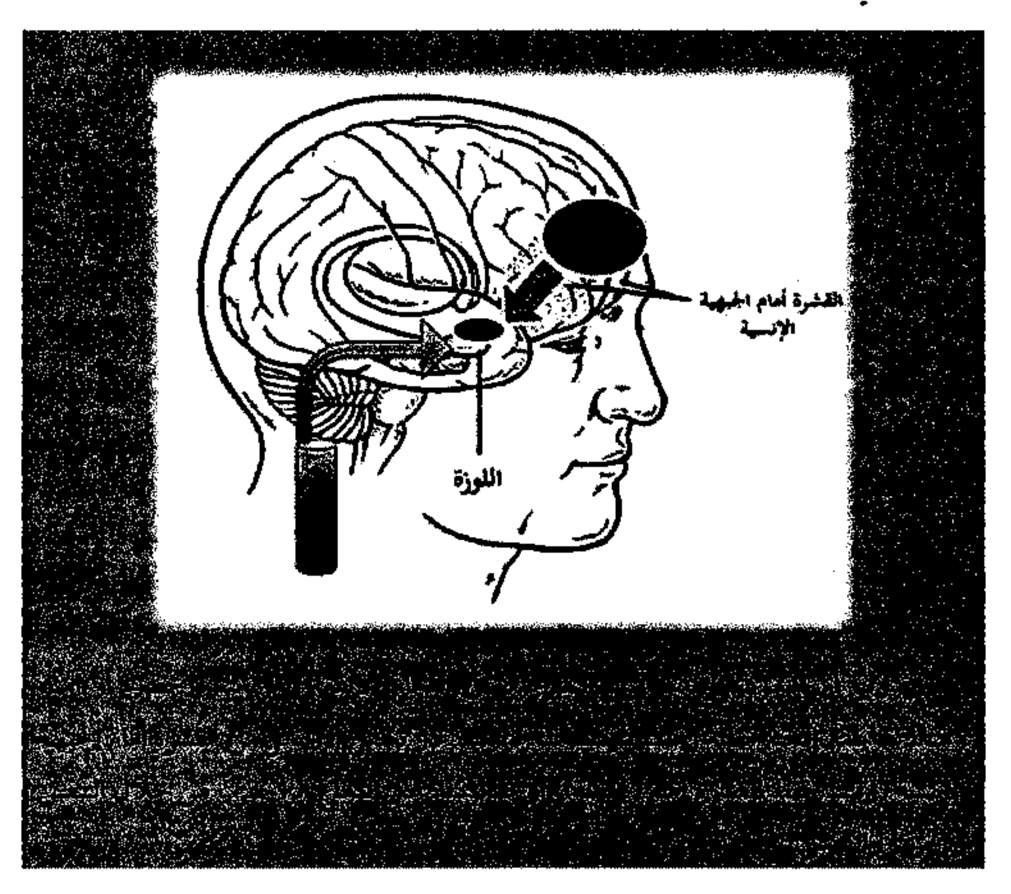
إذا كانت اللوزة هي كاشف الدخان في الدماغ فيمكنك اعتبار أن الفص الجبهي -وتحديدًا القشرة أمام الجبهية الإنسية[1]١٢، الموجودة فوق أعيننا مباشرة- هو برج المراقبة الذي يتيح لنا رؤية للمشهد من الأعلىٰ: هل ذلك الدخان الذي تشمه علامة علىٰ أن حريقًا نشب في منزلك ويجب عليك الخروج وبسرعة؛ أم أنه منبعث من شريحة لحم وضعتها فوق لهب أشد مما ينبغي؟ لكن اللوزة لا تصدر مثل هذه الأحكام؛ وإنما تؤهبك فحسب للمقاومة أو الفرار، حتىٰ قبل أن يحصل الفصين الأماميين علىٰ فرصة لتقدير تقييمها. وبهذا فطالما أنك لست في حالة توعك شديد = يستطيع فصَّيْك الجبهيين استعادة توازنك بمساعدتك علىٰ إدراك أنك تستجيب لإنذار مزيف ويجهضان الاستجابة الكربية.

إن القدرات التنفيذية للقشرة أمام الجبهية عادةً ما تمكّن الناس من مراقبة ما يجري، والتنبؤ بما سيحدث إذا اتخذوا إجراءً معينًا، ومن اتخاذ قرار واعٍ؛ إذ أن

---

(1) Medial prefrontal cortex.

القدرة علىٰ التحليق بهدوء وموضوعية فوق أفكارنا، ومشاعرنا، وانفعالاتنا (وهي قدرة سأسميها اليقظة الذهنية **Mindfullness** في سائر هذا الكتاب) ثم أخذ مهلة قبل الاستجابة، تسمح هذه القدرةُ للدماغ التنفيذي بتثبيط ردود الفعل التلقائية المبرمجة مسبقًا الراسخة في الدماغ الانفعالي، وتنظيمها، وتعديلها؛ وبالتالي فهذه القدرة ضرورية لصون علاقاتنا بإخواننا البشر، وما دامت فصوصنا الجبهية تبلي حسنًا فمن المستبعد أن نفقد أعصابنا في كل مرة يتأخر فيها النادل في إحضار طلبنا أو يضعنا وكيل شركة التأمين علىٰ الانتظار (كما يخبرنا برج المراقبة أن غضب الآخرين وتهديدهم ناتجان عن حالتهم الانفعالية). أما حين ينهار هذا النظام نصبح حيوانات شَرْطِيّة، إذ نتحول تلقائيًا إلىٰ وضع القتال أو الفرار في اللحظة التي نكتشف فيها الخطر.



في اضطراب الكرب التالي للصدمة يتغير التوازن الحرج بين اللوزة (كاشف الدخان) والقشرة أمام الجبهية الإنسية (برج المراقبة) تغيرًا جذريًا، مما يزيد صعوبة التحكم بالانفعالات والاندفاعات؛ إذ أن دراسات التصوير العصبي للبشر في حالاتهم الانفعالية العميقة تكشف أن الدرجات الشديدة من الخوف، أو الحزن، أو الغضب تزيد من تنشيط المناطق الدماغية تحت القشرية المتعلقة بالانفعالات وتقلل النشاط في مناطق مختلفة في الفص الجبهي تقليلًا كبيرًا، وخاصة القشرة أمام الجبهية الإنسية؛ وحين يحدث ذلك تنهار قدرات الفص الجبهي المثبِّطة، فـ«يطيش» الناس؛ فيجفلون استجابة لأي صوت مرتفع، أو ينتابهم الحنق إذا واجهوا إحباطات طفيفة، أو يتجمدون حين يلمسهم أحد[١٣].

يعتمد التعامل الفعّال مع الكرب علىٰ تحقيق توازن بين كاشف الدخان وبرج المراقبة؛ فحين تريد إدارة انفعالاتك جيدًا يمنحك ذهنك خيارين: يمكنك تعلّم كيفية تنظيمها نزوليًا أو صعوديًا.

إن إدراك الفرق بين التنظيم النزولي والصعودي أمر أساسي لفهم الكرب الصدمي وعلاجه: يتضمن التنظيم النزولي تقوية قدرة برج المراقبة علىٰ تتبع أحاسيسك الجسدية، ويمكن أن يساعد تأمل اليقظة الذهنية واليوجا في ذلك؛ أما التنظيم الصعودي فيتضمن إعادة ضبط الجهاز العصبي المستقل (المنبثق من جذع الدماغ -كما رأينا سابقًا-)، ونستطيع ولوج هذا الجهاز من خلال التنفس، أو الحركة، أو اللمس؛ ويعد التنفس إحدىٰ الوظائف القليلة بالجسد التي تقع تحت كلتا السيطرتين الواعية والمستقلة، وسوف نستكشف في الباب الخامس من هذا الكتاب فنيات معينة لزيادة كلا التنظيمين النزولي والصعودي.

الفارس والحصان:

أريد حاليًا التأكيد علىٰ أن العاطفة لا تتعارض مع المنطق؛ فانفعالاتنا هي ما تعطي قيمة معينة لكل خبرة من خبراتنا، وبالتالي فهي أساس التفكير المنطقي. وخبرتنا الذاتية هي نتاج التوازن بين دماغنا العقلاني والانفعالي؛ فحين يتوازن

هذان النظامان = «نشعر أننا علىٰ ما يرام»، ولكن إذا صار بقاؤنا علىٰ المحك يعمل هذان النظامان بطريقة مستقلة نسبيًّا.

فمثلًا إذا كنتَ تدردش مع صديق أثناء قيادة سيارتك وفجأة ظهرت شاحنة تتجه ناحيتك فعلىٰ الفور تسكت، وتفرمل، وتدير المقود لتتفادىٰ الأذىٰ؛ وإذا أنقذتك أفعالك الغريزية تلك من الاصطدام تستطيع مواصلة الحديث من حيث توقفت؛ وتعتمد قدرتك علىٰ القيام بذلك اعتمادًا كبيرًا علىٰ مدىٰ سرعة هدوء ردود فعلك الحشوية بعد التهديد.

لقد شبَّه عالم الأعصاب بول ماكلين Paul MacLean -الذي ابتكر وصف الدماغ الثالوثي الذي استخدمته هنا- العلاقة بين الدماغ العقلاني والانفعالي بالعلاقة بين الفارس ذي الكفاءة النسبية وحصانه الجامح١٤: ما دام الطقس هادئًا والمسار سلسًا يستطيع الراكب الشعور بسيطرة ممتازة؛ لكن انبعاث أصوات أو تهديدات مفاجأة من حيوانات أخرىٰ يدفع الحصان إلىٰ الركض خوفًا، مجبرًا الفارس علىٰ التشبث بأقصىٰ ما يستطيع. وبالمثل فحين يشعر الناس أن بقاءهم علىٰ المحك أو باستيلاء الحنق، أو الشوق، أو الخوف، أو الرغبة الجنسية عليهم = يتوقفون عن الإنصات لصوت المنطق، ويصبح الجدال معهم ضربًا من ضروب العبث؛ فمتىٰ ما يقرر الجهاز الحوفي أن شيئًا ما هو مسألة حياة أو موت = تصبح المسارات بين الفصين الجبهيين والجهاز الحوفي واهية للغاية.

عادةً ما يحاول النفسانيون مساعدة الناس علىٰ استخدام الاستبصار والاستيعاب لإدارة سلوكهم، ولكن أبحاث علم الأعصاب تظهر أن عددًا قليلًا جدًّا من المشكلات النفسية ناتجة عن عيوب في الاستيعاب، وأن معظمها ينشأ نتيجة ضغوط تمارسها مناطقُ دماغية أعمق مما يُهيِّج إدراكنا الحسي وانتباهنا؛ فعندما يواصل جرس الإنذار الخاص بالدماغ الانفعالي إصدار إشارات بأنك في خطر فلن يؤدي أي قدر من الاستبصار إلىٰ إسكاته. وأتذكر موقفًا فكاهيًّا بأحد برامج إدارة الغضب حيث يثني رجل ذو سبع سوابق قضائية علىٰ مزايا الأساليب التي تعلمها: «إنها رائعة وتجدي نفعًا مذهلًا = ما دام الغضب لم يتملكك».

حين يدخل دماغنا الانفعالي في صراع مع دماغنا العقلاني (كما في حالة حنقنا علىٰ شخص نحبه، أو خوفنا من شخص نعتمد عليه، أو اشتهائنا لشخص محرم علينا) = ينشب عن ذلك سباق شد حبل؛ ويجري الجزء الأكبر من هذا السباق في مسرح الخبرة الحشوية -أمعائك، وقلبك، ورئتيك- ومن ثم يؤدي إلىٰ الانزعاج الجسدي والبؤس النفسي؛ وسيناقش الفصل السادس كيفية تفاعل الدماغ مع الأحشاء حين الأمن والخطر، وهو أمر أساسي لفهم المظاهر الجسدية العديدة للصدمة.

أود أن أنهي هذا الفصل بتناول تصويرين دماغيين آخرين يوضحان بعض السمات الأساسية للكرب الصدمي: معاودة العيش السرمدية؛ وهي معاودة اختبار الصور، والأصوات، والانفعالات؛ والتفارق[١].

دماغان تحت وطأة الصدمة:

في صباح يوم صاف من شهر سبتمبر عام ١٩٩٩م، ارتحل ستان لورانس Stan Lawrence وزوجته يوت Ute -وكانا آنذاك في الأربعينيات من العمر- من بيتهما الواقع في مدينة لندن بمحافظة أونتاريو، لحضور اجتماع عمل في مدينة ديترويت، ثم في منتصف رحلتهم واجههم جدار ضباب كثيف أدىٰ إلىٰ انعدام الرؤية في جزء من الثانية فداس ستان الفرامل فورًا، ليجدا أنهما قد تجاوزا إشارة حمراء علىٰ الطريق السريع وبالكاد فلتا من الارتطام بشاحنة ضخمة! وإذ بشاحنة نقل ثقيل تحلّق فوق صندوق سيارتهما؛ ثم أخذت الشاحنات والسيارات ترتطم بهما وببعضها بعضًا، وبالذين نزلوا من سياراتهم للنفاذ بجلدهم؛ واستمرت التصادمات دون توقف؛ ومع كل ارتجاجة بالخلف كانا يشعران أن موتهما محقق هذه المرة. ولقد كان ستان ويوت عالقين في السيارة الثالثة عشر ضمن ذلك

(١) التفارق dissociation: يستخدم هذا المصطلح لوصف إحدىٰ الحيل الدفاعية لتفادي الضغوط النفسية، وفي حالات الاضطرابات التفارقية يضطرب تعرّف المريض علىٰ هويته ويتغير الوعي، وتشمل هذه الحالاتُ النسيانَ التفارقي المؤقت، وحالات الشخصية المزدوجة والمتعددة، أو تقمص هوية أخرىٰ دون وعي مع التجوال، وغير ذلك من الظواهر الانفصالية الغريبة التي كانت تدخل تحت مسمىٰ ?التفارق الهستيري. (ص).

التصادم الكبير ذي السبع وثمانين سيارة، وهو أسوأ كارثة طريق في التاريخ الكندي١٥.

ثم حلّ السكون المخيف، وحينئذ جاهد ستان لفتح الأبواب والنوافذ، لكن شاحنة النقل الثقيل التي حطمت الصندوق كانت تعوق ذلك. وفجأة سمعا شخصًا يطرق فوقهما، كانت هناك فتاة تصرخ: «أخرجوني من هنا؛ أنا أحترق!»؛ وفي عجز منهما شاهداها وهي تلقىٰ حتفها والنار تلتهم سيارتها؛ جاء إثر ذلك سائق شاحنة ووقف علىٰ مقدمة سيارتهما حاملًا مطفأة حريق، ثم حطم الزجاج الأمامي لتحريرهما، فتسلق ستان عبر الفتحة، لكنه حين استدار لمساعدة زوجته رأىٰ يوت متجمدة في مقعدها، فحملها وسائق الشاحنة ثم أخذتهما سيارة إسعاف إلىٰ غرفة الطوارئ؛ وبصرف النظر عن بعض الجروح فقد وُجد أنهما سالمان جسديًا.

تلك الليلة في بيتهما لم يرغب ستان ولا يوت في النوم؛ لقد شعرا أنهما إذا حاولا تناسي ذلك فسيموتان؛ كما كان مزاجهما متهيجًا، وحادًا، ومتوترًا. وفي تلك الليلة، ولليالٍ عديدة تالية، ظَلَّا يشربان كميات كبيرة من النبيذ لتخدير خوفهما؛ إذ كانا عاجزين عن إيقاف الصور التي تطاردهما أو منع التساؤلات التي لا تتوقف: ماذا لو كانا غادرا مبكرًا؟ ماذا لو لم يتوقفا لتزويد السيارة بالوقود؟ وبعد ثلاثة أشهر من هذا طلبا المساعدة الطبية من د. روث لانيوس Ruth Lanius، وهي طبيبة نفسية بجامعة ويسترن أونتاريو.

قالت د. لانيوس -التي كانت تلميذتي في «تروما سنتر» قبل ذلك الحين ببضع سنوات- لستان ويوت أنها تريد تصوير دماغيهما بالرنين المغناطيسي الوظيفي قبل بدء العلاج. يقيس التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي النشاط العصبي من خلال تتبع التغيرات في تدفق الدم بالدماغ، وخلافًا للتصوير المقطعي بالإصدار البوزيتروني فهو لا يتطلب التعرض للإشعاع. ثم استخدمت د. لانيوس نفس نوع التصوُّر الناجم عن النص الذي استخدمناه في دراسة هارفارد؛ الذي يلتقط الصور، والأصوات، والروائح، وغيرها من الأحاسيس التي مر بها ستان ويوت حين كانا محبوسين داخل السيارة.

فأصيب ستان فورًا بارتدادة ذكروية، تمامًا كما حدث مع مارشا في دراستنا بهارفارد، وخرج من الماسح متصببًا عرقًا، ينبض قلبه بسرعة شديدة وضغط دمه في عنان السماء؛ وصرّح قائلًا: «هذا بالضبط ما كنت أشعر به أثناء الحادث، كنت متيقنًا أنني سألقىٰ حتفي، ولم يكن بيدي شيء أفعله لإنقاذ نفسي»؛ وبهذا فلم يكن ستان يتذكر الحادث باعتباره أمرًا حدث منذ ثلاثة أشهر، وإنما كان يعاود عيشه.

التفارق ومعاودة العيش:

يُعدّ التفارق جوهر الصدمة؛ إذ تتحول الخبرة الساحقة إلىٰ أقسام وأجزاء، ثم تكتسب المشاعر، والأصوات، والصور، والأفكار، والأحاسيس الجسدية المتعلقة بالصدمة، تكتسب حياة مستقلة؛ فتقتحم الأجزاءُ الحسية من الذكرىٰ الحاضرَ، حيث تعود للحياة حرفيًا. وطالما لم تتم مداواة الصدمة فإن الهرمونات الكربية التي يفرزها الجسم لحماية نفسه تواصل الدوران داخل الجسم، وتستمر إعادة تشغيل الحركات الدفاعية والاستجابات الانفعالية؛ ولكن علىٰ عكس ستان فقد يكون كثير من الناس غافلين عن الارتباط بين مشاعرهم وردود فعلهم «المجنونة» والأحداث الصدمية التي يعاد تشغيلها؛ وجاهلين تمامًا سبب استجابتهم لتوعك بسيط كأنهم علىٰ وشك الهلاك.

تُعتبر الارتدادات الذكروية ومعاودة العيش أسوأ من الصدمة نفسها؛ فالحدث الصدمي له بداية ونهاية؛ أي ينتهي عند نقطة ما، ولكن في حالة المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة يمكن أن تحدث الارتدادة الذكروية في أي وقت، نيامًا أو هم يقظون؛ كما لا توجد أية طريقة لمعرفة متىٰ ستصيبهم مرة أخرىٰ أو إلىٰ أي مدىٰ ستستمر؛ ولذا غالبًا ما يمحور هؤلاء حياتهم حول السعي إلىٰ الوقاية منها، فيتجهون قهرًا إلىٰ صالة الألعاب الرياضية لرفع الأثقال (لكنهم يجدون أنهم لا يصلون إلىٰ القوة الكافية أبدًا)، أو إلىٰ تخدير أنفسهم بالتعاطي، أو محاولة استنبات شعور وهمي بالسيطرة في المواقف شديدة الخطورة (كسباقات الدراجات النارية، أو القفز بالمظلات، أو العمل بقيادة سيارات الإسعاف)؛ لكن

هذا التجاهد المستمر مع الأخطار الخفية يرهقهم وينتهي بهم إلىٰ التعب، والاكتئاب، والإنهاك.

إذا أعيد تشغيل عناصر الصدمة مرارًا وتكرارًا تُثبِّت الهرمونات الكربية الناتجة تلك الذكريات في عمق أكبر داخل الذهن، وعادة ما تصبح الأحداث اليومية أقل إغراءً؛ إذ يؤدي عجزهم عن الاستيعاب العميق لما يجري حولهم إلىٰ استحالة الشعور بالمحيا التام، فيصعب الشعور ببهجات الحياة العادية وتفاقماتها، كما يصعب التركيز علىٰ المهام التي في المتناول؛ وبالتالي يؤدي عدم المحيا التام في الحاضر إلىٰ ترسيخ انحباسهم في الماضي.

كما تظهر الاستجابات المستثارة بصور مختلفة؛ فقد يتفاعل المحاربون القدامىٰ مع أدنىٰ إشارة -كالاصطدام بمطبات في الطريق أو رؤية طفل يلعب في الشارع- كما لو أنهم في منطقة حرب، كما يسهل إجفالهم فينتابهم الحنق أو الخدر؛ وقد يقوم ضحايا الانتهاك الجنسي في مرحلة الطفولة بتخدير جنسانيتهم[1]، ثم ينتابهم خزي شديد إذا شعروا بالإثارة استجابةً للأحاسيس أو الصور التي تذكرهم بالتحرش الجنسي، رغم أن هذه الأحاسيس هي اللذّات الفطرية المرتبطة بأجزاء جسدية معينة. وإذا أُرغم الناجون من الصدمة علىٰ مناقشة خبراتهم فقد يرتفع ضغط دم أحدهم في حين يستجيب آخرون ببدايات الصداع النصفي. وهناك من ينطفئ انفعاليًا ولا يشعر بأي تغيرات ملحوظة، لكننا في المختبر نرصد بسهولة نبضهم المتسارع وأمواج الهرمونات الكربية المتلاطمة في أجسادهم.

إن ردود الفعل هذه غير عقلانية وخارجة إلىٰ حد كبير عن سيطرة الناس، فالرغبات الملحة والانفعالات الشديدة التي لا يمكن السيطرة عليها إلا بشق الأنفس تُشعر الناس بالجنون، كما تشعرهم بأنهم لا ينتمون إلىٰ الجنس البشري؛

---

(١) الجنسانية sexuality: يستخدم هذا التعبير لوصف مجموعة الصفات الجنسية الأصلية والثانوية التي تعتبر مقومات كبرىٰ في تكوين شخصية الفرد، أو لوصف النشاط الجنسي في حالة الاعتدال أو الإفراط، أو لوصف أي شيء يتعلق بالشؤون الجنسية. والجنسانية الطبيعية Normal sexuality هو وصف للنواحي البيولوجية والنفسية للممارسة الجنسية. (ص)، (ح).

فالشعور بالخدر أثناء حفلة عيد ميلاد طفلك أو عقب موت أحد الأحبة يُشعر المرء بأنه وحش، ونتيجة لذلك يصبح الخزي هو العاطفة المهيمنة وإخفاء الحقيقة هو الشغل الشاغل.

هذا بالإضافة إلىٰ أنهم نادرًا ما يكونون علىٰ اتصال بمنابع شعورهم بالاغتراب، وهاهنا يأتي دور العلاج؛ بإكساب المرء الاقتدار علىٰ الشعور بالعواطف التي ولّدتها الصدمة، أي علىٰ رؤية نفسه في حالة اتصال. ومع ذلك فخلاصة القول هي أن النظام الدماغي لإدراك التهديد قد تغير، وأن ردود فعل الناس الجسدية صارت تحت قبضة بصمات الماضي.

إن الصدمة التي بدأت «هناك» يُجرىٰ تشغيلها الآن في ساحة حرب أجسادهم، وعادة ما يكونون غافلين عن الارتباط بين ما حدث حينها وما يجري الآن بالداخل؛ وبهذا فلا يكمن التحدي في تعلم تقبل الأمور الفظيعة التي حدثت وإنما في تعلم كيفية اكتساب السيطرة علىٰ الأحاسيس والانفعالات الداخلية. وإن استحساس ما يعتمل بالداخل، وتسميته، وتحديده، هو الخطوة الأولىٰ للتعافي.

كاشف الدخان يدخل في حالة نشاط مفرط:

يُظهر التصويرُ الدماغي الخاص بستان ارتدادتَه الذكروية أثناء اتقادها، فهذا هو مظهر الدماغ عند معاودة عيش الصدمة: المنطقة الساطعة في الزاوية اليمنىٰ السفلية، والجانب الأيسر السفلي الفارغ، والثقوب الأربعة البيضاء المتماثلة المحيطة بالمركز (وربما أنك ميزت اللوزة المضيئة والدماغ الأيسر المنطفئ من دراسة هارفارد المذكورة في الفصل الثالث). إن لوزة ستان لم تفرّق بين الماضي والحاضر، بل نشطت كما لو أن الحادث المروري يحدث داخل الماسح الضوئي، مطلقة هرمونات كربية واستجابات عصبية قوية؛ وكانت تلك الأمور هي المسؤولة عن تعرقه وارتجافه، وتسارع نبضه وارتفاع ضغط دمه: وهي تعتبر استجابات طبيعية تمامًا وقد تنقذ حياتك إثر اصطدام شاحنة بسيارتك.



من المهم أن يكون كاشف دخانك سليمًا ومتقِنًا وإلا ستباغتك نيران مستعرة في أي وقت، ولكن إذا جن جنونك كلما شممت دخانًا فسينتج عن ذلك خراب كبير؛ فمما لا شك فيه أنك بحاجة إلىٰ رصد ما إذا كان الطرف الآخر منزعجًا منك؛ ولكن إذا دخلت لوزتك في حالة نشاط مفرط فستعيش في خوف مزمن لشعورك بأن الناس يكرهونك، أو يهدفون إلىٰ النيل منك.

انهيار ضابط الوقت:

أصبح كل من ستان ويوت بعد الحادث مفرطي الحساسية ومتهيجين، مما يشير إلىٰ أن القشرة أمام الجبهية كانت تكافح للحفاظ علىٰ السيطرة في مواجهة الكرب، ولقد فاجأتنا ارتدادة ستان الذكروية برد فعل أكثر تطرفًا.

المنطقتان البيضاوان في مقدمة الدماغ (أعلىٰ الصورة) هما القشرة أمام الجبهية الظهرانية[1] اليمنىٰ واليسرىٰ، وحين تتعطل هاتان المنطقتان يفقد الناس حسهم بالزمن فينحبسون داخل اللحظة، دون أن يكون لديهم حس بالماضي، أو الحاضر، أو المستقبل١٦.

هناك جهازان دماغيان مرتبطان بالمعالجة الذهنية للصدمة، وهما المتعاملان مع الشدة الانفعالية والسياق: وتُحدَّد الشدة الانفعالية بإنذار الدخان (اللوزة) وبالثقل الموازن لها (برج المراقبة) وهو القشرة أمام الجبهية الإنسية؛ أما سياق الخبرة ومعناها فيُحدَّدان بالجهاز المنطوي علىٰ القشرة أمام الجبهية الظهرانية الوحشية[2] والحصين؛ وتقع هذه القشرة الوحشية علىٰ الجانب في الدماغ الجبهي، أما تلك القشرة الإنسية فهي تقع في الوسط؛ ومن الجدير بالذكر أن البِنَىٰ الموجودة علىٰ طول خط المتوسط الدماغي مكرسة للاختبارك الداخلي لذاتك، أما البنىٰ الجانبية فهي مهتمة بعلاقتك بمحيطك.

تخبرنا تلك القشرة الوحشية بكيفية ارتباط خبرتنا الحالية بالماضي وكيف يمكن أن تؤثر علىٰ المستقبل؛ ويمكنك اعتبارها الضابط الدماغي للوقت. إن إدراك أن هناك نهاية لكل ما يحدث وأنها آتية عاجلًا أم آجلًا يجعل معظم الخبرات مقبولة، كما أن العكس صحيح أيضًا؛ فإذا بدت الأوضاع سرمدية تصبح غير محتَمَلة. ويعلم معظمنا من الخبرة الشخصية الحزينة أن الأسىٰ الناجم عن الفقد عادة ما يكون مصحوبًا بالشعور بأن هذه الحالة البائسة ستستمر إلىٰ الأبد،

---

(1) Dorsal prefrontal cortex.

(2) Dorsolateral prefrontal cortex.

وأننا لن نتجاوز فقدنا هذا أبدًا، ويمكننا القول بأن الصدمة هي الخبرة القصوىٰ لـ «هذا سيستمر إلىٰ الأبد».

يكشف تصوير ستان عن سبب عجز الناس عن التعافي من الصدمة إلا حين يعاد التشغيل التام للبنىٰ الدماغية التي انطفأت أثناء الخبرة الأصلية؛ وهذا هو سبب تدوُّن الحدث في الدماغ من البداية في هيئة صدمة. وينبغي ألا يزور الناس ماضيهم في الجلسات العلاجية إلا إذا كانوا -من الناحية البيولوجية- راسخين بقوة في الحاضر وشاعرين بأقصىٰ درجة ممكنة من الهدوء، والأمان، والحضور (وتعني كلمة «الحضور» أن باستطاعتك الشعور بمؤخرتك علىٰ كرسيك، ورؤية الضوء قادمًا من النافذة، والشعور بتوتر عضلات ساقك، وسماع صوت الريح وهي تحرك الشجرة في الخارج)؛ وذاك لأن الرسوخ في الحاضر أثناء زيارة الصدمة يفتح إمكانية الإدراك العميق بأن هذه الأحداث الرهيبة منتمية إلىٰ الماضي؛ ولكي يحدث ذلك يجب أن يكون برج المراقبة، والطاهي، وضابط الوقت قيد التشغيل. وبالتالي فلن تجدي الجلسات العلاجية نفعًا ما دام الناس يواصلون العودة إلىٰ الماضي منجرّين رغمًا عنهم.

انطفاء المهاد:

انظر مجددًا إلىٰ تصوير ارتدادة ستان الذكروية، وسترىٰ ثقبين أبيضين آخرين في النصف السفلي من الدماغ؛ هذان هما المهاد الأيمن والأيسر؛ اللذان انطفأا أثناء الارتدادة الذكروية مثلما حدث أثناء الصدمة الأصلية؛ وكما ذكرت سابقًا فالمهاد يعمل «طباخًا»؛ أي محطة ترحيل تجمع الأحاسيس من الأذنين، والعينين، والجلد ثم يدمجها في حساء يمثل ذاكرتنا الذاتية؛ وبهذا يفسر تعطُّلُ المهاد سببَ عدم تذكر الصدمة باعتبارها قصة في المقام الأول، سردًا له بداية، ومنتصف، ونهاية؛ وإنما بكونها بصمات حسية منفصلة: صور، وأصوات، وأحاسيس جسدية، مصحوبة بعواطف شديدة، والتي عادة ما تكون الرعب والعجز.

في الظروف العادية يعمل المهاد أيضًا كمصفاة أو حارس، وهذا يجعله عنصرًا مركزيًا في عمليات الانتباه، والتركيز والتعلم الجديد؛ وكلها تتعرض

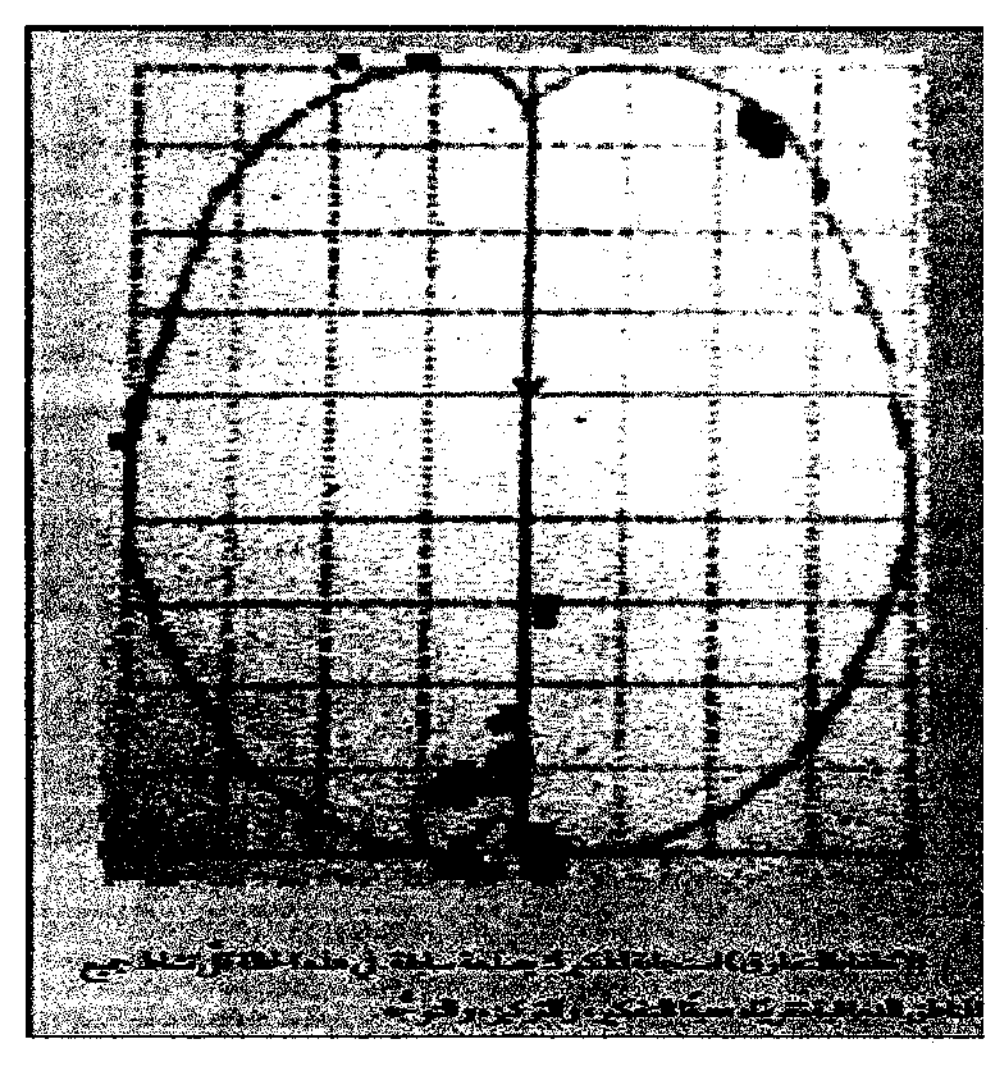
للتقويض نتيجة الصدمة. إنك أثناء جلوسك وقراءة هذه الفقرة قد تسمع موسيقىٰ في الخلفية أو أصوات سيارات قريبة أو تشعر بقضم خفيف في معدتك يبلغك أن الوقت قد حان لتناول وجبة خفيفة، فإذا كنت قادرًا علىٰ إبقاء تركيزك علىٰ هذه الصفحة فهذا لأن مهادك يساعدك علىٰ التفرقة بين المعلومات الحسية ذات الصلة والمعلومات التي يمكنك تجاهلها بأمان؛ وسوف أناقش في الفصل التاسع عشر -الخاص بالارتجاع العصبي- بعض الاختبارات التي نستخدمها لقياس جودة عمل نظام الحراسة هذا، بالإضافة إلىٰ سبل تقويته.

تكون البوابات لدىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة مفتوحة علىٰ مصراعيها؛ فبافتقارهم إلىٰ المصفاة يصيرون في حالة حمولة حسية زائدة علىٰ الدوام؛ وليتكيفوا مع ذلك الأمر يحاولون إطفاء أنفسهم وتضييق انتباههم والإفراط في التركيز؛ وإذا لم يتمكنوا من الانطفاء بطريقة طبيعية فحينئذ يلجؤون إلىٰ توظيف المخدرات أو الكحول لحجب أنفسهم عن العالم. لكن المأساة هي أن ثمن هذا الإطفاء يتضمن -أيضًا- طرد مصادر المتعة والبهجة.

تبدد الشخصية[1]: الانسلاخ من الذات:

دعونا الآن نلقي نظرة علىٰ خبرة يوت داخل الماسح الضوئي، ومن الجدير بالذكر أن الناس لا يتفاعلون مع الصدمة بالطريقة نفسها تمامًا، لكن الاختلاف في حالة يوت مثير للدهشة، ذاك أنها كانت جالسة بجانب ستان في السيارة المحطمة، لكنها استجابت لنص الصدمة الخاص بها بالدخول في حالة خدر: تسمر عقلها، وأظهرت كل منطقة تقريبًا من دماغها انخفاضًا كبيرًا في النشاط، كما لم يرتفع معدل نبضها ولا ضغط دمها؛ وحين سُئلت عما شعرت به أثناء الفحص أجابت قائلة: «شعرت بنفس ما شعرت وقت وقوع الحادث: لم أشعر بشيء».

(١) Depersonalization حالة نفسية يشعر فيها الشخص بالضياع، وأنه نفسه قد أصابه تغيير، وكما لو أنه في حلم، ومنفصل عن جسمه وعن الحياة من حوله. (ص).



إن المصطلح الطبي لاستجابة يوت هو تبدد الشخصية١٨؛ وأي شخص يتعامل مع الرجال، أو النساء، أو الأطفال المصدومين يلاقي عاجلًا أم آجلًا نظرات محملقة خاوية وأذهانًا شاردة، وذلك هو المظهر الخارجي لاستجابة التجمد البيولوجي؛ وتبدد الشخصية هو أحد أعراض التفارق الهائل الناجم عن الصدمة. لقد نتجت ارتدادات ستان الذكروية من فشل جهودها الرامية إلىٰ الهروب من الحادث؛ وحين ألقىٰ إليها النصُّ بالتلميحات عادت كل أحاسيسها وعواطفها المتفارقة والمتشظية عودةً قوية إلىٰ الحاضر. ولكن بدلًا من أن تكافح يوت للهروب تفارقت عن خوفها ولم تشعر بأي شيء.

يقابلني تبدد الشخصية في عيادتي بصفة دورية؛ حين يخبرني المرضىٰ بقصص مروعة خاوية من مشاعر، وحينئذ تُستنزف كل طاقة من الغرفة، وأضطر إلىٰ بذل مجهود هائل لإيلاء الاهتمام لما يقولون؛ حيث يضطرك المريض منزوع الحيوية إلىٰ بذل جهد بالغ للإبقاء علىٰ حياة الجلسة، بل غالبًا ما كنت أدعو بأن تنقضي ساعة الجلسة سريعًا.

بعد رؤية تصوير يوت بدأت في اتباع مقاربة مختلفة تمامًا للمرضىٰ المتسمين بانطفاء الذهن؛ فبتبلُّد كل جزء من أدمغتهم يتجلىٰ أنهم لا يستطيعون التفكير بما يجري، أو الشعور به بعمق، أو تذكره، أو فهمه؛ ويصبح أسلوبُ العلاج الكلامي التقليديُّ -في تلك الظروف- عديم الجدوىٰ.

في حالة يوت كان بالإمكان تخمين سبب اختلاف استجابتها عن ستان؛ إذ كانت تستخدم استراتيجية البقاء التي كان دماغها قد تعلمها في الطفولة للتعامل مع معاملة والدتها القاسية؛ فلقد توفي والد يوت حين كانت في التاسعة من عمرها وكانت والدتها تعاملها معاملة سيئة ومهينة، فاكتشفت يوت في مرحلة ما أنها تستطيع إطفاء ذهنها حين تصيح أمها بها؛ ثم بعد خمسة وثلاثين عامًا، حين علقت يوت في سيارتها المتدمرة، دخل دماغها تلقائيًّا في نفس وضع البقاء؛ فلاشت نفسها من الواقع.

التحدي الذي يواجهه أشخاص مثل يوت هو استنبات اليقظة والانخراط، وهذه مهمة صعبة، ولكن لا بد منها إذا كانوا راغبين في استرداد حياتهم (من الجدير بالذكر أن يوت نفسها قد تعافت؛ وألفت كتابًا عن خبراتها، وأنشأت مجلة ناجحة تسمىٰ «مينتال فيتنس» Mental Fitness). وهنا تصبح المقاربة الصعودية للعلاج أمرًا ضروريًّا، فالهدف في الواقع هو تغيير فسيولوجيا المريض وعلاقته بالأحاسيس الجسدية؛ وفي «تروما سنتر» نستهدف هذا الأمر باستخدام مقاييس أساسية كمعدل النبض وأنماط التنفس، كما نساعد المرضىٰ علىٰ استحضار الأحاسيس الجسدية وملاحظتها بواسطة النقر علىٰ نقاط الضغط

الإبري١٩[١]. كما تعد التفاعلات الإيقاعية مع الآخرين ناجعة أيضًا؛ كتبادل رمي كرة الشاطئ، أو القفز على كرة «بيلاتيس»[٢]، أو التطبيل، أو الرقص على الموسيقى.

إن الخدر هو وجه العملة الآخر في اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ إذ يبدأ الأمر مع العديد من المصدومين كما حدث مع ستان، بارتدادات ذكروية متفجرة، ثم يصابون بالخدر لاحقًا في حياتهم؛ ورغم أن معاودة عيش الصدمة تُعتبر أمرًا مأساويًا، ومخيفًا، وقد يكون مدمرًا للذات إلا أن انعدام الحضور يصبح بمرور الوقت أشد إضرارًا، ويمثل هذا الأمر مشكلة هامة في حالة الأطفال المصدومين؛ إذ يميل الأطفال الجامحون إلى استرعاء انتباهنا؛ أما المنطفئون فلا يزعجون أحدًا ويؤدي ذلك بهم إلى خسارة مستقبلهم شيئًا فشيئًا.

تعلم العيش في الحاضر:

لا يكمن تحدي علاج الصدمات في التعامل مع الماضي فحسب، بل يمتد إلى تحسين جودة الخبرات اليومية؛ إذ أن أحد الأسباب التي تجعل الذكريات الصدمية مهيمنةً في حالة المصدومين هو الصعوبة الشديدة التي يلاقونها في الوصول إلى الشعور بالمحيا التام في الحاضر؛ وإنك إذا عجزت عن الحضور التام هنا تذهب إلى المواضع التي شعرت فيها أنك حي حقًّا؛ حتى لو كانت تلك المواضع مليئة بالرعب والبؤس.

تركز العديد من المقاربات العلاجية للكرب الصدمي على إزالة تحسس المرضى لماضيهم، بتوقُّع أن معاودة تعرضهم لصدماتهم ستقلل من الانفجارات الانفعالية والارتدادات الذكروية؛ أما أنا فأعتقد أن هذا مبني على سوء فهم لما يحدث في الكرب الصدمي؛ إذ يتحتم علينا في المقام الأول مساعدة مرضانا على

(١) الضغط الإبري: Acupressure من الأساليب العلاجية التي تعتمد على الضغط على مناطق معينة بالجسم بواسطة الإبر لتحقيق آثار علاجية في بعض الحالات المرضية. (ص).

(٢) كرة بيلاتيس، ومعروفة أيضًا باسم كرة اليوجا، وهي كرة كبيرة مليئة بالهواء مصنوعة من مادة مطاطية مرنة، وتُستخدم في التمارين الجسدية. (المترجم).

الوصول للمحيا التام والآمن في الحاضر، وللقيام بذلك يجب مساعدتهم على استعادة تلك البنى الدماغية التي هَجَّرَتهم منه حين سحقتهم الصدمة. إن إزالة التحسس قد تهدئ من تفاعليتك، ولكن إذا كنت عاجزًا عن الشعور بالرضا في الأمور اليومية العادية كالتمشّي، أو الطبخ، أو اللعب مع أطفالك فستضيع حياتك منك.



الفصل الخامس
الروابط بين الجسد والدماغ

الحياة متمحورة حول الإيقاع؛ فحين نتفاعل يضخ قلبنا الدم. نحن عبارة عن آلة إيقاعية، وهذه حقيقتنا.

- ميكي هارت Mickey Hart

قرب نهاية المسيرة المهنية لتشارلز داروين Charles Darwin، عام ١٨٧٢م، قام بنشر كتاب «التعبير عن العواطف عند الإنسان والحيوانات[1]»، وظلت معظم المناقشات العلمية لنظريات داروين حتىٰ وقت قريب مركزة علىٰ «أصل الأنواع»[2] (١٨٥٩م) و«نشأة الإنسان[3]» (١٨٧١م)؛ لكن تبين أن «التعبير عن العواطف» يمثل استكشافًا باهرًا لأسس الحياة الانفعالية؛ مليئًا بملاحظات وحكايات مستمدة من عقود من التحري والتدقيق، بالإضافة إلىٰ قصص شخصية عن أطفال داروين وحيواناته الأليفة المنزلية؛ كما يعتبر هذا الكتاب علامة بارزة في الرسوم التوضيحية؛ فلقد كان من أوائل الكتب علىٰ الإطلاق التي تحتوي علىٰ صور فوتوغرافية (كان التصوير الفوتوغرافي لا يزال تقنية جديدة نسبيًّا وأراد داروين -كمعظم العلماء- الاستفادة من أحدث وسائل التكنولوجيا لتوضيح أهمية

(1) The Expression of the Emotions in Man and Animals.

(2) Origin of Species.

(3) The Descent of Man.

وجهات نظره). وإلىٰ اليوم ما زالت هناك نسخ جديدة تُطبع من هذا الكتاب، كما يسهل الحصول عليه في ثوب جديد مزود بمقدمة وتعليقات رائعة بقلم بول إيكمان Paul Ekman، وهو رائد حديث في دراسة العواطف.

يبدأ داروين مناقشته بالإشارة إلىٰ التصميم الجسدي المشترك بين جميع الثدييات، بما في ذلك البشر: المتمثل في الرئتين، والكليتين، والدماغ، وأعضاء الجهاز الهضمي، والأعضاء التناسلية المنوطة بحفظ الحياة واستمراريتها؛ وعلىٰ الرغم من أن العديد من العلماء اليوم يتهمون داروين بالأنسنة (الأنثروبومورفية)[1]، إلا أنه يقف في صف محبي الحيوانات حين يعلن بقوله: «إن الإنسان والحيوانات العليا . . . [أيضًا] لديهم غرائز مشتركة؛ فجميعهم لديهم نفس الحواس، والحدس، والأحاسيس، والمودة الجسدية، والعواطف، والانفعالات، حتىٰ تلكم الأكثر تعقيدًا؛ كالغيرة، والشك، والاقتداء، والامتنان، والشهامة»٢، كما يرىٰ أننا نحن البشر مشتركون في بعض العلامات الجسدية للانفعال الحيواني؛ إذ لا يمكن فهم شعورك بانتصاب شعر قفاك حين الخوف أو تكشيرك عن أسنانك حين الحنق إلا باعتبار أنها أثارات عملية تطورية طويلة.

---

(١) anthropomorphism: يتألف هذه المصطلح من كلمتين يونانيتين: Anthropos وتعني «إنسان»، وmorphe وتعني «شكل»؛ وبهذا فهي «أنسنة» غير الإنسان، أو إضفاء صبغةٍ بشرية علىٰ ما ليس بشرًا؛ والأنثروبومورفية في علم النفس هي إسناد السمات، أو العواطف، أو النوايا البشرية إلىٰ كيانات غير بشرية. «مقتبس من كتاب «المغالطات المنطقية: فصول في المنطق غير الصوري» بتصرف» (المترجم).



«حين يصدر الإنسان تذمرًا أو زمجرة في وجه إنسان آخر، ألا يكون ركن الناب على الجانب المواجه للإنسان الذي يخاطبه؟»

—تشارلز داروين

بالنسبة لداروين، فإن انفعالات الثدييات متجذرة جوهريًّا في البيولوجيا؛ وهي مصدر لا غنىً عنه للحافز اللازم لبدء الفعل. إن الانفعالات/ العواطف[1] تشكل وتوجه كل ما نفعله، ويكون تعبيرها الأساسي بواسطة عضلات الوجه

(١) Emotion مستمدة من الكلمة اللاتينية emovere؛ والتي تعني «إخراج ما بالداخل» (المؤلف).

والجسد؛ وهذه الحركات الوجهية والجسدية توصّل حالتنا النفسية ونوايانا للآخرين: فتعطيهم تعابير الغضب والتهديد إشارة تحذير للتراجع، ويجذب الحزنُ الرعايةَ والاهتمام، ويوحي الخوف بالعجز أو ينبه إلىٰ وجود خطر.

نحن نقرأ غريزيًّا الدينامية الجارية بين شخصين وذلك بملاحظة توترهما أو استرخائهما، ووضعياتهما الجسدية ونبرة صوتهما، وتعبيراتهما الوجهية المتغيرة؛ ولتشاهد فيلمًا بلغة لا تعرفها وسيظل بإمكانك تخمين جودة العلاقات بين الشخصيات؛ كما يمكننا في كثير من الأحيان قراءة الثدييات الأخرىٰ (القردة، الكلاب، الخيول) بنفس الطريقة.

ثم يتابع داروين ليتبنّىٰ أن الغرض الأساسي من الانفعالات هو بدء الحركة التي من شأنها إعادة الكائن الحي إلىٰ الأمان والتوازن المادي، وإليكم تعليقه علىٰ أصل ما نسميه اليوم اضطراب الكرب التالي للصدمة:

من الجلي أن السلوكيات الخاصة بتجنب الخطر أو الهروب منه قد تطورت لإكساب كل كائن حي قدرةً علىٰ المنافسة في ميدان البقاء، لكن سلوك الهروب أو التجنب المطوَّل إلىٰ حد غير ملائم يضع الحيوان في وضع غير مواتٍ؛ وذلك لأن نجاح حفظ الأنواع يتطلب التكاثر الذي -بدوره- يعتمد علىٰ أنشطة التغذية، والمأوىٰ، والتزاوج، وكل هذه الأمور تُعتبر مقلوبات عددية للتجنب والهروب.

وبعبارة أخرىٰ: إذا علق الكائن الحي في وضع النجاة/البقاء تتركز طاقاته علىٰ محاربة العِدَىٰ الخفية، مما لا يترك مجالًا للرعاية، والعناية، والحب؛ وفي حالتنا نحن البشر فهذا معناه أنه ما دام الذهن في دفاع عن نفسه من الاعتداءات الخفية = تصبح أقرب روابطنا مهددة، وإلىٰ جانبها قدرتنا علىٰ التخيل، والتخطيط، واللعب، والتعلم، وإيلاء الاهتمام لاحتياجات الآخرين.

كما كتب داروين عن الاتصالات بين الجسد والدماغ التي ما زلنا نستكشفها حتىٰ اليوم، فالانفعالات الشديدة لا تؤثر علىٰ العقل فحسب، بل أيضًا علىٰ الأمعاء والقلب: «يتواصل القلب، والأمعاء، والدماغ تواصلًا وثيقًا عبر العصب

«الرئوي المعدي[1]»، وهو العصب الأساسي في التعبير عن الانفعالات وإدارتها في كل من البشر والحيوانات، وعندما يستثار الذهن بشدة فإنه يؤثر فورًا علىٰ حالة الأحشاء؛ بحيث يكون هناك قدر كبير من الفعل ورد الفعل المتبادلين بين هذين العضوين ذوي الأهمية القصوىٰ في الجسم»٤.

حين صادفني هذا المقطع أول مرة، أعدت قراءته بحماس متزايد؛ فمما لا شك فيه أننا نختبر انفعالاتنا الأشد تدميرًا بوصفها فاطرة للقلب ومفتتة للكبد، لكن طالما أننا ندون الانفعالات في رؤوسنا بصفة أساسية فهذا يعني نستطيع الإبقاء علىٰ السيطرة إلىٰ حد كبير؛ ورغم ذلك فشعورنا بانطباق صدرنا أو بأننا تلقينا لكمة في البطن هو أمر لا يطاق، وحينئذ نكون علىٰ استعداد لفعل أي شيء للتخلص من هذه الأحاسيس الحشوية الفظيعة، سواء كان ذلك بالتشبث الشديد بإنسان آخر، أو بتبليد إحساسنا بواسطة تعاطي المخدرات أو الكحول، أو بتمرير سكين علىٰ الجلد لاستبدال المشاعر الطاحنة الخفية بأحاسيس محددة المعالم. ولنتأمل كمّ مشاكل الصحة النفسية -بدءًا من إدمان المخدرات إلىٰ السلوك المؤذي للذات- التي تبدأ كمحاولات للتكيف مع الألم الجسدي غير المحتمَل الناجم عن عواطفنا؟ فإذا كان داروين محقًّا فإن الحل يتطلب إيجاد طرق لمساعدة الناس علىٰ تغيير المنظر الحسي الداخلي لأجسادهم.

حتىٰ وقت قريب كان هذا التواصل ثنائي الاتجاه بين الجسد والذهن متجاهَلًا إلىٰ حد كبير من العلم الغربي، رغم أنه منذ زمن بعيد وهو يمثل جانبًا مركزيًّا للممارسات الشفائية التقليدية في العديد من مناطق العالم الأخرىٰ، لا سيما في الهند والصين؛ أما اليوم فقد غيّر فهمنا للصدمات والتعافي.

انفتاح نافذة علىٰ الجهاز العصبي:

إن جميع العلامات الطفيفة التي نسجلها غريزيًّا أثناء الحديث؛ كتحولات العضلات وتوتراتها في وجه الطرف الآخر، وحركات العين واتساع حدقتها،

---

(1) pneumogastric nerve.

ونغمة الصوت وسرعته، بالإضافة إلىٰ التقلبات في المشهد الداخلي الخاص بنا؛ كإفراز اللعاب، والبلع، والتنفس، ومعدل النبض، كل هذه الأمور مرتبطة بجهاز تنظيمي واحد»، وجميعها نتاج التزامن بين فرعي الجهاز العصبي المستقل:

* الجهاز العصبي الوُدِّي (السمبثاوي)[1]؛ الذي يعمل بمثابة مسرّع الجسم.

* الجهاز العصبي اللاوُدِّي (الباراسمبثاوي)[2]؛ الذي يعمل بمثابة فرامل له.

وهذان هما «المقلوبان العدديان» اللذان تحدث عنهما داروين؛ وبعملهما سويًّا يلعبان دورًا مهمًا في تدفق طاقة الجسم، أحدهما منوط بإعداد الجسد لإنفاقها، والآخر بحفظها.

الجهاز الوُدّي مسؤول عن التيقظ، بما في ذلك استجابة القتال أو الفرار (وهي «سلوك الهروب أو التجنب» الذي أشار إليه داروين)؛ ولقد أطلق عليه الطبيب الروماني «جالينوس» Galen اسمَ «الودي» Sympathetic إذ لاحظ اتقاده حين العواطف sym pathos؛ وفيها يقوم الودي بضخ الدم إلىٰ العضلات لإحداث فعل سريع، وهذا جزئيًّا عن طريق تحفيز الغدد الكظرية لبخ الأدرينالين، مما يسرّع معدل النبض ويرفع ضغط الدم.

والفرع الثاني من الجهاز العصبي المستقل هو الجهاز اللاودي «(المضاد للانفعالات»)، المنوط بتعزيز وظائف حفظ الذات كالهضم والتئام الجروح؛ ويعمل عن طريق تحفيز إطلاق «الأسيتيل كولين» لكبح التيقظ، وإبطاء القلب، وإرخاء العضلات، وإعادة التنفس إلىٰ طبيعته؛ وكما أشار داروين فإن «أنشطة التغذية، والمأوىٰ، والتزاوج» معتمدة علىٰ الجهاز العصبي اللاودي.

هناك طريقة بسيطة يمكنك بها اختبار هذين الجهازين بنفسك: إذا قمت بشهيق عميق ينشط الجهاز الودي، فتؤدي دفقة الأدرينالين الناتجة إلىٰ تسريع

---

(1) Sympathetic nervous system.

(2) Parasympathetic Nervous System.

قلبك، وهذا ما يفسر سبب قيام العديد من الرياضيين بتنفسات عميقة سريعة قبل بدء المنافسة؛ أما الزفير فهو ينشط الجهاز اللاودي، الذي يبطئ القلب، وإذا كنت تتلقىٰ دروسًا في اليوجا أو التأمل فعلىٰ الأرجح أن معلمك يحثك علىٰ إيلاء اهتمام خاص للزفير، وذلك لأن الزفير الطويل العميق يساعد علىٰ تهدئتك. حين نتنفس نواصل إسراع القلب وإبطاءه، ولهذا السبب لا تجد الزمن بين دقتي قلب متتاليتين متساويًا مع الذي يليه أبدًا؛ كما يمكن اختبار مرونة هذا النظام باستخدام مقياس يسمىٰ «تغيرية معدل النبض[1]»، وتُعد التغيرية الجيدة -كلما زاد مدىٰ التموّج زادت جودة التغيرية- علامة علىٰ أن كِلا الفرامل والمسرع في نظام تيقظك يعملان بطريقة سليمة ومتوازنة؛ ولقد حققنا تقدمًا هائلًا عندما استطعنا الحصول علىٰ أداة لقياس تغيرية معدل النبض، وسوف أشرح في الفصل السادس عشر كيف يمكننا استخدام التغيرية للمساعدة في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة.

شيفرة الحب العصبي٧:

في عام ١٩٩٤م قام ستيفن بورغيس Stephen Porges -الذي كان باحثًا بجامعة ميريلاند في الوقت الذي بدأنا فيه بحثنا عن تغيرية معدل النبض، والذي يعمل حاليًا في «جامعة نورث كارولينا»-، قام بتقديم نظرية «المبهم المتعدد»[2]؛ التي بُنيت علىٰ ملاحظات داروين وأضافت ١٤٠ سنة من الاكتشافات العلمية إلىٰ تلك التبصّرات الباكرة (يشير مصطلح المبهم المتعدد إلىٰ فروع للعصب المبهم المتعددة -وهو «العصب الرئوي المعِدي» الذي ذكره داروين- التي تربط العديد من الأعضاء الجسدية ببعضها، بما في ذلك الدماغ، والرئتين، والقلب، والمعدة، والأمعاء)؛ ولقد زودتنا هذه نظرية بفهم أكثر تطورًا وتعقيدًا لبيولوجيا الأمان والخطر، استنادًا إلىٰ التفاعل بين الخبرات الحشوية لأجسادنا وأصوات مَن حولنا ووجوههم؛ لقد أوضحت لماذا يمكن للوجه اللطيف أو نبرة الصوت

---

(1) Heart rate variability.

(2) Polyvagal theory.

الهادئة أن تحدث تغييرًا بالغًا في شعورنا؛ كما أوضحت لماذا يمكن لعلمنا بأن الأشخاص المهمين في حياتنا يروننا ويسمعوننا أن يؤدي إلىٰ شعورنا بالهدوء والأمان، ولماذا يمكن أن يؤدي التعرض للتجاهل أو العزل إلىٰ ردود الفعل الحنقية أو الانهيار النفسي؛ كما ساعدتنا علىٰ فهم لماذا يستطيع التناغمُ المركَّز مع شخص آخر أن ينتشلنا من حالات الاختلال والخوف[8].

وباختصارٍ فقد دفعتنا نظرية بورغيس للنظر إلىٰ ما هو أبعد من آثار وضع القتال أو الفرار ولوضع العلاقات الاجتماعية في مقدمة فهمنا للصدمة ومركزه، كما اقترحت مقاربات شفائية جديدة تركز علىٰ تقوية النظام الجسدي لتنظيم التيقظ.

يتناغم البشر تناغمًا مذهلًا مع التحولات الانفعالية الدقيقة لدىٰ الناس (والحيوانات) من حولهم، فسرعان ما تشير التغييرات الطفيفة في توتر الحاجبين، والتجاعيد حول العينين، وانحناء الشفتين، وزاوية الرقبة، سرعان ما تشير إلينا هذه الأمور بمدىٰ شعور الشخص بالارتياح، أو الريبة، أو الاسترخاء، أو الخوف[9]، فتدون عصبوناتنا المرآتية خبرتهم الداخلية وتجري أجسادنا تعديلات داخلية استجابة لأي شيء نلاحظه. وبتلك الطريقة تعطي عضلاتنا الوجهية تلميحات للآخرين عن مدىٰ الهدوء أو الحماس الذي نشعر به، وعما إذا كان خفقان قلبنا سريعًا أم هادئًا، وعما إذا كنا مستعدين للانقضاض عليهم والفتك بهم أم للهرب. وحين تكون الرسالة التي نتلقاها من الطرف الآخر «أنت بأمان معي» نسترخي، وإذا كنا محظوظين في علاقاتنا نشعر كذلك بالارتواء، والدعم، وعودة النشاط حين ننظر في وجه الآخَر وعينيه.

تعلمنا ثقافتنا التركيز علىٰ التفرد الشخصي، ولكن عند الغوص إلىٰ مستوىٰ أعمق فإننا لا نكاد نعيش ككائنات فردية؛ فلقد صُممت أدمغتنا لمساعدتنا علىٰ الوظيفية كأعضاء في قبيلة، وبهذا نكون جزءًا من هذه القبيلة حتىٰ حين نكون بمفردنا؛ حين نستمع إلىٰ الموسيقىٰ (التي أنشأها الآخرون)، أو نشاهد مباراة كرة سلة علىٰ التلفاز (تتوتر عضلاتنا مع ركض اللاعبين وقفزهم)، أو نجهز جدول بيانات لاجتماع مبيعات (نتوقع ونتفادىٰ ردود فعل رب العمل). وبهذا فنحن نخصص معظم طاقتنا للتواصل مع الآخرين.

إذا نظرنا إلىٰ ما وراء قائمة الأعراض المحددة التي يترتب عليها تشخيص نفساني رسمي نجد أن كل المعاناة النفسية تقريبًا منطوية إما علىٰ مشكلة في إقامة علاقات مُجدية ومُرضية أو علىٰ صعوبة في تنظيم التيقظ (كما في حالة اعتياد الحنق، أو الانطفاء، أو فرط الإثارة، أو الاختلال)؛ وعادة ما تكون مزيجًا من الأمرين. وإن التركيز الطبي النموذجي المنصب علىٰ محاولة اكتشاف العقار المناسب لعلاج «اضطراب» معين يفضي إلىٰ تشتيت انتباهنا عن السعي لاكتشاف كيفية تعارض مشاكلنا مع وظيفتنا كأعضاء في قبيلتنا.

الأمان والتبادلية[1]:

قبل بضع سنوات، سمعت جيروم كاجان Jerome Kagan -الأستاذ المتفرغ المتميز بقسم علم نفس الأطفال بجامعة هارفارد- يقول لـ «دالاي لاما»[2] أن كل فعل قاسٍ في هذا العالم يقابله المئات من أفعال اللطف والترابط البسيطة، وكان استنتاجه: «فعل الخير لا الشر هو سمة حقيقية لجنسنا البشري في الغالب». وإن القدرة علىٰ الشعور بالأمان مع الآخرين تعد أهم جانب من جوانب الصحة النفسية علىٰ الأرجح؛ إذ تُعتبر الاتصالات الآمنة أساسيةً للحياة المرضية ذات المعنى؛ كما أظهرت العديد من الدراسات حول الاستجابة للكوارث في مختلف أنحاء العالم أن الدعم الاجتماعي يمثّل أقوىٰ حماية من طحن الكرب والصدمات.

والدعم الاجتماعي لا يعني محض تواجد الآخرين حولنا؛ فالقضية الحاسمة هي التبادلية: أن يسمعنا ويرانا مَن حولنا سماعًا ورؤية حقيقيين، وشعورنا بأننا موجودون في ذهن شخص آخر وقلبه؛ فلكي تهدأ الفسيولوجيا وتتعافىٰ، وتنمو، فنحن بحاجة إلىٰ شعور داخلي بالأمان؛ كما لا يستطيع أي

---

(1) reciprocity.

(٢) Dalai Lama وتعني «القائد الأعظم»، وهو القائد الديني الأعلىٰ للبوذيين التبتيين (نسبة لإقليم التبت، وهي منطقة ودولة سابقة في آسيا الوسطىٰ وموطن الشعب التبتي). «من موقع (ويكيبيديا) بتصرف» (المترجم).

طبيب كتابة وصفة طبية للصداقة والحب؛ فهذه أهليّات معقدة وتُكتسب بالجهد. وفي حين أن الواحد منا -دون أن يكون له سابقة صدمة- قد يشعر بالخجل أو حتىٰ بالهلع عند وجوده في حفلة وسط غرباء؛ ففي حالة المصدومين يمكن أن يتحول العالم بأسره إلىٰ تجمعٍ من الغرباء.

يجد العديد من المصدومين أنفسهم في حالة مزمنة من اللّاتزامن مع المحيطين بهم، بل يجد بعضهم الراحة في المجموعات التي يستطيعون فيها إعادة تشغيل خبراتهم الحربية، أو الاغتصاب، أو التعذيب، وسط آخرين ذوي خلفيات أو خبرات مماثلة؛ إذ التركيز علىٰ التاريخ المشترك المتمثل في الصدمة والوقوع ضحية يخفف من حسهم بالعزلة الحارقة، ولكن عادةً ما يكون ذلك علىٰ حساب الاضطرار إلىٰ إنكار الاختلافات الفردية؛ حيث لا يمكن لأحد الانتماء إلا إذا كان متوافقًا مع المدونة المشتركة.

إن عزل النفس في مجموعة ضحايا محددة بدقة يعزز النظر للآخرين باعتبارهم غير ذي صلة في أحسن الأحوال ويشكلون خطرًا في أسوأ الأحوال، ولا يؤدي في نهاية المطاف سوىٰ إلىٰ مزيد من الاغتراب. إن العصابات، والأحزاب السياسية المتطرفة، والطوائف الدينية قد توفر السلوان لهم، لكنها نادرًا ما تعزز المرونة الذهنية والنفسية اللازمة للانفتاح التام لفرص الحياة، وبالتالي فليس باستطاعتها تحرير أعضائها من صدماتهم؛ كما أن الشخص سليم الوظيفية يكون قادرًا علىٰ قبول الاختلافات الفردية والاعتراف بإنسانية الآخرين.

في العقدين الماضيين أصبح من المعترف به علىٰ نطاق واسع أنه عندما يكون الراشدون أو الأطفال غير مستقرين أو منطفئين لدرجة عجزهم عن استمداد الراحة من البشر، فحينئذ يمكن للعلاقة بثدييات أخرىٰ أن تساعدهم؛ إذ تمنحهم الكلاب والخيول -بل حتىٰ الدلافين- رفقة أقل تعقيدًا مع توفير حس الأمان الضروري، ومن الجدير بالذكر أن الكلاب، علىٰ وجه الخصوص، والخيول تُستخدم علىٰ نطاق واسع الآن لعلاج بعض مجموعات مرضىٰ الصدمات[١٠].

ثلاثة مستويات من الأمان:

بعد الصدمة يُختبر العالم بجهاز عصبي مختلف، قد تَغيَّر إدراكه للخطر والأمان؛ ولقد صَكّ بورغيس مصطلح «الإدراك العصبي **neuroception**» لوصف القدرة علىٰ تقييم الخطر النسبي والأمان في بيئة المرء؛ وحين نحاول مساعدة المصابين بخلل في الإدراك العصبي يتمثل التحدي الأكبر في العثور علىٰ طرق لإعادة ضبط فسيولوجيتهم، بحيث تتوقف ميكانيزمات البقاء لديهم عن العمل ضدهم؛ وهذا يعني مساعدتهم علىٰ أن تكون استجابتهم ملاءمة للخطر، بل أكثر من ذلك، علىٰ استعادة القدرة علىٰ اختبار الأمان، والاسترخاء، والتبادلية الحقيقية.

ولقد أجريت مقابلات مستفيضة مع ستة أشخاص ناجين من تحطم الطائرات وقمت بعلاجهم:

* أفاد اثنان أنهما فقدا وعيهما أثناء الحادث؛ وعلىٰ الرغم من أنهما لم يصابا بأذىٰ جسدي، إلا أنهما أصيبا بانهيار نفسي.

* أصيب اثنان بالهلع وظلّا مذعورين إلىٰ أن مرت فترة طويلة من ابتدائنا العلاج.

* احتفظ اثنان منهم بهدوئهما وفطنتهما وساعدا في إجلاء الركاب الآخرين من الحطام المشتعل.

كما عثرت علىٰ طيف مماثل من ردود الفعل هذه لدىٰ الناجين من الاغتصاب، وحوادث السيارات، والتعذيب؛ وفي الفصل السابق رأينا ردَّي فعل مختلفين جذريًا لدىٰ ستان ويوت حينما عاودا عيش كارثة الطريق السريع التي اختبراها جنبًا إلىٰ جنب؛ فما الذي يفسر إذن هذا الطيف من الاستجابات: المركزة، أو المنهارة، أو المذعورة؟

تقدم نظرية بورغيس أحد التفسيرات: ينظم الجهاز العصبي المستقل ثلاث حالات فسيولوجية جوهرية، ويحدد مستوىٰ الأمان في الموقف متىٰ يتنشَّط أي منها: فحين نشعر بالتهديد نتحول غريزيًا إلىٰ المستوىٰ الأول، وهو الانخراط

الاجتماعي؛ حيث نطلب المساعدة، والدعم، والإراحة ممن حولنا من الناس. ولكن إذا لم يحضر أحد لمد يد العون، أو إذا كنا نواجه خطرًا فوريًا، يعود الكائن الحي إلىٰ أسلوب بقاء أكثر بدائية: القتال أو الفرار؛ حيث نقاتل مهاجمنا، أو نهرع إلىٰ مكان آمن. ولكن، إذا فشل هذا - أي إذا لم نستطع الهروب، أو كنا مقيدين أو محبوسين؛ فحينئذ يحاول الكائن الحي حفظ نفسه بالانطفاء وإنفاق أقل قدر ممكن من الطاقة؛ فندخل حينئذ في حالة تجمد أو انهيار.

هاهنا يأتي دور العصب المبهم متعدد الفروع -وسأذكر وصفه التشريحي بإيجاز لأنه يعتبر أمرًا مركزيًا لفهم كيفية تعامل الناس مع الصدمات-، إذ يعتمد نظام الانخراط الاجتماعي علىٰ الأعصاب المنبثقة من المراكز التنظيمية في جذع الدماغ، وبصفة أساسية العصب المبهم -المعروف أيضًا بالعصب القحفي العاشر- جنبًا إلىٰ جنب مع الأعصاب المجاورة التي تنشط عضلات الوجه، والحلق، والأذن الوسطىٰ، والحنجرة. فحين يقود «المركب المبهم البطناني» العملية، نبتسم حين يبتسم الآخرون في وجهنا، ونومئ برؤوسنا حين نتفق، ونعبس حين يخبرنا الأصدقاء بمصائبهم؛ كما يرسل «المركب» إشارات إلىٰ القلب والرئتين، فيبطئ معدل النبض ويزيد من عمق التنفس؛ فيترتب علىٰ ذلك شعورنا بالهدوء، أو الاسترخاء، أو الارتكاز، أو التيقظ المبهج.

الفرع الأمامي للعصب المبهم
نواة المبهم الظهرانية
الفرع البلعومي للعصب المبهم
(حركي إلى عضلات البلعوم والحنك
وحسي إلى البلعوم السفلي)
العصب الحنجري العلوي
الفرع القلبي الصدري
للعصب المبهم
المعدة
القصبة الهوائية
(الرغامي)
المريء
البنكرياس
الكبد
القولون


بإذن من د. (ليز كالين)
استجابات التهديد الثلاث
1- نظام الانخراط الاجتماعي: فرد خائف يصدر إشارات بالخطر ويستغيث. مركب المبهم البطني.
2- القتال أو الفرار: التكشير عن الأسنان، وجه الحنق والرعب. الجهاز العصبي الودي.
3- الانهيار: يصدر الجسد إشارات الانهزام والانسحاب. مركب المبهم الظهراني.

يؤدي أي تهديد لأماننا أو لاتصالاتنا الاجتماعية إلىٰ إحداث تغييرات في المناطق التي يغذيها مركب المبهم البطناني؛ فعند حدوث شيء كارثٍ تنبعث إشارات انزعاجنا تلقائيًّا فتظهر في تعابيرنا الوجهية ونبرة صوتنا، وتهدف تلك التغييرات إلىٰ حث الآخرين علىٰ تقديم العون لنا١١. ولكن إذا لم يستجب أحد لاستغاثتنا، يزداد التهديد، ويقفز الدماغ الحوفي الأقدم إلىٰ ساحة العمل؛ ثم يتولىٰ الجهاز العصبي الودي التحكم، مستنفرًا العضلات، والقلب، والرئتين للقتال أو الفرار١٢؛ فتزداد سرعة الكلام وحدة الصوت ويزيد القلب من سرعة الضخ؛ وإذا كانت هناك كلبة بجانبنا في الغرفة فستهيج وتزمجر، لأنها تستطيع شم رائحة تنشُّط غددنا العرقية.

وأخيرًا، فإذا لم نجد مخرجًا، ولم نجد شيئًا يمكننا فعله لدرء ما لا مفر منه، فحينئذ يتفعل جهاز الطوارئ القصوىٰ: مركب المبهم الظهراني؛ ويمتد هذا الجهاز إلىٰ أسفل الحجاب الحاجز، إلىٰ المعدة، والكليتين، والأمعاء ويقلل إلىٰ حد كبير من الأيض في جميع أنحاء الجسم؛ فيهوي معدل النبض (نشعر بأن قلبنا «وَقَع»)، ونعجز عن التنفس، وتتوقف أمعاؤنا عن العمل أو تفرغ ما بداخلها (حرفيًّا «نَشُخُّ علىٰ حالنا»)؛ وهذه هي المرحلة التي عندها ننفصل، وننهار، ونتجمد.

القتال أو الفرار مقابل الانهيار:

كما رأينا في التصويرين الدماغيين لستان ويوت، فلا يقتصر التعبير عن الصدمة علىٰ القتال أو الفرار فحسب، بل يشمل الانطفاء والعجز عن الانخراط في الحاضر، ولكل استجابة مستوىٰ مختلف من النشاط الدماغي:

* نظام القتال أو الفرار الثديي: وهو نظام وقائي ويمنعنا من الانطفاء.
* الدماغ الزاحفي: المتسبب في استجابة الانهيار.

ويمكنك رؤية الفرق بين هذين النظامين في أي متجر كبير للحيوانات الأليفة؛ إذ تجد القطط، والجراء، والفئران، والجرذان في تجول مستمر، ثم حين تتعب تتجمع سوية، في كومة، إلىٰ درجة تلامس الجلد. وعلىٰ النقيض من ذلك

فالثعابين والسحالي ترقد بلا حراك في زوايا أقفاصها، غير مستجيبة للبيئة[13]؛ وهذا النوع من التجمد -الناتج عن الدماغ الزاحفي- يميز العديد من المصابين بصدمات مزمنة، علىٰ عكس الهلع والحنق الشديي الذي يجعل الناجين من الصدمات الحديثة مرعوبين ومرعِبين.

جميعنا تقريبًا علىٰ دراية بالشكل النموذجي لاستجابة القتال/الفرار؛ حنق السواقة: يطلق التهديدُ المفاجئ اندفاعةً قوية للتحرك والهجوم، كما يطفئ الخطرُ نظامَ الانخراط الاجتماعي لدينا، فيقلل من استجابتنا للصوت البشري، ويزيد من حساسيتنا للأصوات المهدِّدة. ورغم ذلك، فالهلع والحنق بالنسبة لكثير من الناس أفضل من العكس: الانطفاء والغياب التام عن العالم؛ فعلىٰ الأقل يشعرهم تفعيلُ القتال/الفرار بالنشاط، وهذا هو السبب في أن كثيرًا ممن تعرضوا لإساءة أو صدمة يشعرون بالمحيا التام عند مواجهة خطر فعلي، بينما يصابون بالخدر في المواقف المتسمة بدرجة أكبر من التعقيد لكنها آمنة من الناحية الموضوعية، كحفلات أعياد الميلاد أو حفلات العشاء العائلية.

حين يعجز القتال أو الفرار عن إزالة التهديد، ننشّط الملاذ الأخير؛ الدماغ الزاحفي، نظام الطوارئ القصوىٰ؛ وهو غالبًا ما يتنشط حين نصبح عاجزين جسديًّا عن الحركة، كعندما يثبتنا مهاجم أرضًا أو حين لا يجد الطفل مهربًا من مقدم رعاية مرعِب. إن الانهيار والانفكاك واقعان تحت سيطرة مركب المبهم الظهراني، وهو جزء من الجهاز العصبي اللاودي، وهو قديم تطوريًّا ومرتبط بأعراض الجهاز الهضمي كالإسهال والغثيان، كما أنه يبطئ القلب ويفعِّل التنفس الضحل. وبمجرد أن يتولىٰ هذا النظام المسؤولية، يتوقف الآخرون -ونحن أنفسنا- عن الاكتراث؛ حيث ينطفئ الوعي، بل ربما نفقد القدرة علىٰ تدوين الألم البدني حتىٰ.

كيف نصبح بشرًا:

في النظرية الكبرىٰ التي قدمها بورغيس، تطور المركب المبهم البطناني لدىٰ الثدييات لدعم الحياة الاجتماعية ذات التعقيد المتزايد؛ إذ أن جميع الثدييات -بما في ذلك البشر- تتجمع سويًا للتزاوج، وتربية صغارها، ومقاومة العدو المشترك، وتنسيق الصيد واحتياز الطعام؛ وكلما زادت كفاءة المركب المبهم البطناني في مزامنة نشاط الجهاز العصبي الودي واللاودي، زاد تناغم فسيولوجية الفرد مع أعضاء القبيلة الآخرين.

إن تأمل المركب المبهم البطناني من هذا المنظور يوضح كيف يساعد الآباءُ فطريًا أطفالَهم علىٰ تنظيم أنفسهم، وإن الوِلدان ليسوا اجتماعيين بتاتًا؛ فهم ينامون معظم اليوم ويستيقظون عند الجوع أو الابتلال، وبعد إطعامهم قد يقضون بعض الوقت في النظر حولهم، أو البكاء طلبًا للحمل، أو التحديق، لكنهم سرعان ما ينامون مرة أخرىٰ، متبعين إيقاعاتهم الداخلية. وبهذا ففي باكورة حياتهم يكونون إلىٰ حد كبير تحت رحمة المد والجزر المتناوبين النابعين من الجهاز العصبي الودي واللاودي، في حين يدير دماغهم الزاحفي معظم العمل.

لكن يومًا بعد يوم، ونحن نبتسم في وجوههم ونصدر أصوات الهديل والقرقرة، فبذلك ننبه نمو التزامن في المركب المبهم البطناني النامي؛ فتساعد هذه التفاعلات علىٰ جعل نظام التيقظ الانفعالي لدىٰ أطفالنا متزامنًا مع محيطهم.

يتحكم المركب المبهم البطناني في الرضاعة، والبلع، وتعبيرات الوجه، والأصوات الصادرة من الحنجرة، وعندما تتنبه هذه الوظائف لدىٰ الرضيع، يصحبها حس بالمتعة والأمان، مما يساعد علىٰ وضع الأساس للسلوك الاجتماعي المستقبلي بأكمله١٤؛ وكما علمني صديقي إد ترونيك Ed Tronick منذ زمن طويل، فالدماغ هو عضو ثقافي؛ حيث تشكّل الخبرةُ الدماغَ.

إن التناغم مع الأعضاء الآخرين من جنسنا عبر المركب المبهم البطناني لهو أمر مثيب للغاية؛ فما يبدأ كلَعِبٍ متناغم بين الأم وطفلها يصير إيقاعية جيدة في كرة السلة، وتزامنًا في رقص التانغو، وتناغمًا في الغناء الكورالي أو عزفًا

لمقطوعة من الجاز أو موسيقىٰ الحجرة؛ وكل هذه الأمور تعزز الحس العميق بالمتعة والاتصال.

ويمكننا القول أن الصدمة تحدث حين يفشل هذا النظام: حين تسترحم المعتدي لكنه يتجاهل توسلاتك؛ أو حين يستلقي الطفل مرعوبًا في فراشه لسماعه صراخ أمه وخليلها يبرحها ضربًا؛ أو حين ترىٰ صديقك عالقًا تحت جسم معدني لا تملك قوة كافية لرفعه عنه؛ أو حين ترغب إبعاد الكاهن الذي ينتهكك لكنك تخشىٰ العقاب. فالتجمد هو جذر معظم الصدمات، وحين يحدث ذلك فغالبًا ما يتولىٰ مركبُ المبهم الظهراني التحكمَ: فيبطئ قلبك، ويصير تنفسك ضحلًا، وكالزومبي، تفقد الاتصال بذاتك ومحيطك؛ وبهذا ينتابك التفارق، والإغماء، والانهيار.

الدفاع أم الاسترخاء؟

ساعدني ستيف بورغيس علىٰ إدراك أن الحالة الفطرية للثدييات هي أن تكون متأهبة بعض الشيء، ولكن كي نشعر بالقرب الوجداني من إنسان آخر، يتوجب انطفاء نظامنا الدفاعي مؤقتًا؛ فلكي نلعب، ونتزاوج، ونرعىٰ صغارنا، يحتاج الدماغ إلىٰ إيقاف يقظته الفطرية.

يصير كثير من المصدومين مفرطي اليقظة لدرجة عجزهم عن الاستمتاع بالملذات العادية التي تقدمها الحياة، في حين يصاب البعض الآخر بخدر شديد لدرجة عجزهم عن استيعاب الخبرات الجديدة، أو التنبه لإشارات الخطر الحقيقي؛ إذ حين تتعطل كاشفات الدخان الدماغية، يتوقف الناس عن الفرار حين ينبغي عليهم السعي للهروب، أو عن المقاومة حين يتوجب عليهم المنافحة عن أنفسهم. ولقد أظهرت دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة»[1] الشهيرة -والتي سأناقشها بمزيد من التفصيل في الفصل التاسع- أن النساء اللائي لديهن تاريخ باكر من الانتهاك والإهمال كنَّ أكثر عرضة سبع مرات للاغتصاب في

(1) Adverse Childhood Experiences (ACE).

مرحلة الرشد، وأن النساء اللائي شهدن في مرحلة الطفولة أمهاتِهن يتعرضن للاعتداء من شركائهن، تزداد فرصة وقوعهن ضحية للعنف المنزلي ازديادًا هائلًا.

يشعر الكثير من الناس بالأمان طالما أنهم يستطيعون قصر اتصالهم الاجتماعي علىٰ المحادثات السطحية، إذ يمكن للاتصال البدني الفعلي أن يثير ردود فعل شديدة لديهم؛ ولكن، كما يشير بورغيس، فإن تحقيق أي نوع من الحميمية العميقة -العناق العميق، والنوم بجانب شريك، والجنس- يتطلب سماح المرء لنفسه باختبار التجمد دون خوف١٦؛ ولهذا يلاقي المصدومون صعوبة شديدة في استشفاف كونهم بأمان حقًّا، وكذلك في الاقتدار علىٰ تنشيط دفاعاتهم حين وقوعهم في خطر. ويتطلب ذلك المرور بخبرات يمكنها استعادة الحس بالأمان الجسدي، وهو موضوع سنعرج عليه عدة مرات في الفصول التالية.

مقاربات جديدة للعلاج:

إذا استوعبنا أن الأطفال والراشدين المصدومين عالقون في القتال/الفرار أو في الانطفاء المزمن، فكيف نساعدهم علىٰ تعطيل هذه المناورات الدفاعية التي ضمنت نجاتهم في يوم من الأيام؟

يعلم بعض الموهوبين الذين يعملون مع الناجين من الصدمات كيفية القيام بذلك حدسيًّا؛ وقد كان ستيف جروس Steve Gross معتادًا علىٰ تشغيل برنامج اللعب في «تروما سنتر»، وكان يتجول في كثير من الأحيان داخل العيادة حاملًا كرة شاطئ زاهية الألوان، وإذا رأىٰ في غرفة الانتظار أطفالًا غاضبين أو متجمدين، كان يظهر لهم ابتسامة كبيرة -لكن الأطفال نادرًا ما كانوا يستجيبون لذلك-، ثم يعود و«بمحض الصدفة» يسقط كرته بالقرب من مكان جلوس الطفل، وحين ينحني ستيف لالتقاطها، كان يدفعها برفق نحو الطفل، الذي عادة ما يعطي دفعة فاترة في المقابل؛ ثم يتمكن ستيف تدريجيًّا من تشغيل الذهاب والإياب، ولا يمضي وقت طويل حتىٰ ترىٰ ابتسامات علىٰ كلا الوجهين.

لقد استطاع ستيف بواسطة الحركات البسيطة والمتناغمة إيقاعيًّا أن يوجد مكانًا آمنًا صغيرًا حيث يمكن أن يشرع نظامُ الانخراط الاجتماعي في معاودة

الظهور؛ وبالطريقة نفسها، فقد ينتفع المصدومون شديدو الاضطراب من محض تقديمهم المساعدة في ترتيب الكراسي قبل الاجتماع أو من مشاركة الآخرين في إنشاء إيقاع موسيقي بالطرْق علىٰ مقاعد الكراسي، أكثر من انتفاعهم من الجلوس علىٰ تلك الكراسي نفسها ومناقشة الإخفاقات التي حدثت في حياتهم.

هناك أمر واحد أكيد: وهو أن الصراخ في وجه شخص قد جمح لا يؤدي إلا إلىٰ مزيد من الاختلال، تمامًا كما يرتجف كلبك حين تصرخ ويهز ذيله حين تغني بصوت عالٍ؛ وهذا لأننا نحن البشر نستجيب للأصوات الخشنة بالخوف، أو الغضب، أو الانطفاء؛ وللنبرات المرحة بالانفتاح والاسترخاء. ولا يسعنا إلا أن نستجيب لمؤشرات الأمان أو الخطر هذه.

وللأسف، يميل نظامنا التعليمي، بالإضافة إلىٰ العديد من الأساليب التي تَدَّعي علاج الصدمات، إلىٰ تخطي نظام الانخراط الانفعالي والتركيز بدلًا من ذلك علىٰ توظيف القدرات الذهنية المعرفية؛ ورغم التوثيق الجيد لآثار الغضب، والخوف، والقلق علىٰ مقدرة المرء علىٰ التفكير المنطقي، إلا أن هناك برامج عديدة تواصل تجاهل الحاجة إلىٰ إشراك نظام الأمان الدماغي قبل السعي لتزويد المرء بطرق تفكير جديدة. ولهذا يجب أن يكون آخر ما يُحذَف من جداول المدرسة هو الجوقة، والتربية الرياضية، والفسحة، وأي شيء آخر يتضمن الحركة، واللعب، والانخراط البهيج؛ وحين يتحول الأطفال إلىٰ وضع العناد، أو الدفاع، أو الخدر، أو الحنق، فمن المهم أيضًا إدراك أن مثل هذا «السلوك السيئ» قد يكون تكرارًا لأنماط إجرائية قد أُنْشِئَت للنجاة من التهديدات الخطيرة، حتىٰ لو كانت شديدة الإزعاج أو التنفير بالنسبة لنا.

لقد كان لعمل بورغيس تأثير عميق علىٰ الكيفية التي صممنا بها أنا وزملائي بـ «تروما سنتر» علاج الأطفال المنتهَكين والراشدين المصدومين. صحيح أننا في مرحلة ما كنا راغبين في إنشاء برنامج يوغا علاجي للنساء، بالنظر إلىٰ أن اليوغا أثبتت نجاحها في مساعدتهن علىٰ الهدوء والاتصال بأجسادهن المنفصلة؛ وغالبًا ما كنا سنجرِّب أيضًا برنامجًا مسرحيًّا في المدارس المحلية ببوسطن، بالإضافة إلىٰ برنامج كاراتيه للناجين من الاغتصاب يسمىٰ «نموذج الحرابة»، إلىٰ جانب

فنيات لعب وإجراءات جسمانية كالتنبيه الحسي الذي صار يُستخدم الآن في علاج الناجين في جميع أنحاء العالم (كل هذا وأكثر سنستكشفه في الجزء الخامس)؛ لكن نظرية المبهم المتعدد ساعدتنا علىٰ فهم سبب النجوع القوي لكل هذه الفنيات المتباينة وغير التقليدية وتفسير ذلك؛ حيث مكنتنا النظرية من أن نصبح أكثر وعيًا بالمزج بين الأساليب النزولية (لتفعيل الانخراط الاجتماعي) والصعودية (لتهدئة التوترات الجسدية)، وأصبحنا أكثر تهيّئًا للاعتراف بقيمة المقاربات القديمة غير الدوائية والتي كانت قيد الممارسة منذ زمن بعيد خارج الطب الغربي، بدءًا من التنفس التبادلي (براناياما) وترديد الترانيم، مرورًا بفنون الدفاع عن النفس مثل الكيغونغ[1]، إلىٰ التطبيل، والغناء والرقص الجماعيين؛ وذلك أن تلك الأمور جميعها معتمدة علىٰ الإيقاعات العلائقية، والوعي الحشوي، والتواصل الصوتي والوجهي، مما يساعد علىٰ انتشال الناس من حالات القتال/الفرار، وإعادة تنظيم إدراكهم الحسي للخطر، وزيادة قدرتهم علىٰ إدارة العلاقات.

الجسد لا ينسىٰ١٧: فإذا كانت ذاكرة الصدمة متشفرة في الأحشاء؛ في المشاعر فاطرة القلوب ومفتتة الأكباد، وفي اضطرابات المناعة الذاتية ومشاكل الهيكل العظمي/العضلي؛ وإذا كان التواصل النفسي/الدماغي/الحشوي هو الطريق الممهَّد الموصل إلىٰ التنظيم الانفعالي، فهذا إذن يتطلب تحويلًا جذريًا في افتراضاتنا العلاجية.

---

(١) الكيغونغ: Qigong هو واحد من أساليب الطبّ الصيني التقليدي. والاسم مشتقّ من كلمتين؛ إحداهما تشير إلىٰ الحيويّة أو قوّة الحياة والأخرىٰ تعني ممارسة، تهذيب، أو صقل؛ وبالتالي فالكيغونغ معناه تهذيب قوّة الحياة أو طاقة الحياة. وهو يشتمل علىٰ استعمال تمارين لطيفة تجمع الحركات الجسديّة، والتنفّس العميق، والتركيز الذهني الموجّه إلىٰ أجزاء معيّنة من الجسم. (مقتبس من موقع tbeeb.net) (المترجم).

الفصل السادس

فقدانك لجسدك، فقدانك لذاتك

فاصبر علىٰ كل ما لم تجد له حلًّا في قلبك وحاول حتىٰ أن تحب الأسئلة نفسها . . . عش الأسئلة الآن، فربما يجعلك ذلك، شيئًا فشيئًا، تعيش الإجابة يومًا ما، دون أن تلاحظ.

- راينر ماريا ريلكه Rainer Maria Rilke ، رسائل إلىٰ شاعر شاب Letters to a Young Poet

دخلت شيري Sherry مكتبي منحنية الكتفين، ويكاد ذقنها يلامس صدرها؛ وبهذا فقد أخبرني جسدها أنها خائفة من مواجهة العالم حتىٰ قبل أن ننبس ببنت شفة؛ كما لاحظتُ أن كُمَّيْها الطويلين يغطيان جزئيًّا قشور جروح في ساعديها. ثم بعد جلوسها أخبرتني بنبرة رتيبة حادة أنها عاجزة عن منع نفسها من خدش جلد ذراعيها وصدرها حتىٰ النزيف.

بقدر ما تتذكر شيري فقد كانت أمها مديرة دار تبنٍّ، وغالبًا ما كان منزلهم ممتلئًا بأطفال أجانب ومزعجين، وخائفين ومخيفين، قد يصل عددهم إلىٰ خمسة عشر؛ والذين سرعان ما كانوا يختفون فجأة بمجرد وصولهم. وقد ترعرعت شيري وهي تعتني بهؤلاء الأطفال العابرين، شاعرة بعدم وجود حيز لها ولاحتياجاتها، بل قالت لي: «أعلم أنني لم أكن مرغوبة»؛ «لست متأكدة متىٰ أدركت ذلك لأول مرة، لكنني فكرت في الأمور التي كانت تقولها لي أمي، ولقد كانت الإشارات موجودة دائمًا؛ لقد كانت تقول لي: «أتعلمين، لا أظن أنك تنتمين إلىٰ هذه الأسرة، أظن أنهم أخطؤوا وأعطونا مولودة أخرىٰ»؛ بل كانت

تقول ذلك بابتسامة مرسومة علىٰ وجهها؛ لكن البشر -بطبيعة الحال- غالبًا ما يتظاهرون بالمزاح وهم ينطقون بشيء جادّ».

علىٰ مر السنين، وجد فريقنا البحثي مرارًا أن الإساءة العاطفية والإهمال المزمنَيْن قد ينجم عنهما دمارٌ مساوٍ تمامًا لما ينتج عن الاعتداء الجسدي والتحرش الجنسي١، وقد تبين أن شيري مثالٌ حي علىٰ تلك النتائج: إن عدم كونك مرئيًا، وعدم وجود من يفهمك، وعدم وجود مكان تلجأ إليه لتشعر بالأمان؛ كل ذلك يُعتبر مدمرًا في أي مرحلة عمرية، لكنه يكون أشد تدميرًا في حالة الأطفال الصغار، الذين ما زالوا يحاولون العثور علىٰ مكانهم في العالم.

لقد اجتازت شيري الجامعة، لكنها الآن تعمل في وظيفة مكتبية مملة، وتعيش بمفردها مع قططها، وليس لديها أصدقاء مقربون. وعندما سألتها عن الرجال، أخبرتني أن «علاقتها» الوحيدة كانت مع رجل اختطفها حين كانت في إجازة جامعية في فلوريدا؛ والذي حبسها وظل يغتصبها مرارًا لخمسة أيام متتالية؛ وتذكرت أنها كانت مذعورة معظم تلك الفترة، ومتجمدة ومتكومة، إلىٰ أن أدركت أن باستطاعتها محاولة الهروب، ولقد هربت بمجرد الخروج مشيًا أثناء ما كان في الحمام. ثم حين اتصلت بأمها طالبة المساعدة، رفضت أمها الرد علىٰ المكالمة؛ ثم في نهاية المطاف تمكنت شيري من العودة إلىٰ البيت بمساعدة أحد ملاجئ العنف المنزلي.

أخبرتني شيري أنها كانت قد بدأت في خدش جلدها لأنه يريحها بعض الشيء من الشعور بالخدر، وأن الأحاسيس الجسدية تزيد من شعورها بالمحيا ولكنها تزيد كذلك من الخزي العميق؛ إذ كانت تعلم أنها مدمنة علىٰ هذه الأفعال لكنها عاجزة عن إيقافها. كما كانت قد استشارت قبلي العديد من مهنيّي الصحة النفسية واستُجوبت مرارًا بشأن «سلوكها الانتحاري»، وخضعت أيضًا للإدخال[1] القسري في المستشفىٰ بواسطة طبيب نفسي رفض علاجها إلا إذا اقتدرت علىٰ

(١) الإدخال (في المستشفىٰ) hospitalization: إدخال المريض إلىٰ المستشفىٰ بقصد تقديم الرعاية الطبية له وتشخيصه وتقديم العلاج اللازم. (ح).

الوعد بعدم خدش نفسها مجددًا. ورغم ذلك، فمن واقع خبرتي، فالمرضىٰ الذين يجرحون أنفسهم أو يخدشون جلدهم -مثل شيري- نادرًا ما يكونون انتحاريين، وإنما هم يحاولون إراحة أنفسهم بالطريقة الوحيدة التي يعرفونها.

هذا مفهوم صعب علىٰ كثير من الناس فهمه؛ فكما ذكرت في الفصل السابق، فالاستجابة الأكثر شيوعًا للاكتراب هي البحث عمن نحبهم ونثق بهم لمساعدتنا ومنحنا الشجاعة للمضي قدمًا، وقد نهدأ أيضًا بواسطة الانخراط في نشاط بدني كركوب الدراجات أو الذهاب إلىٰ صالة كمال الأجسام؛ وإننا نشرع في تعلم هذه السبل لتنظيم المشاعر من اللحظة الأولىٰ التي يطعمنا فيها أحدهم حين شعورنا بالجوع، أو يغطينا حين شعورنا بالبرد، أو يهدهدنا حين التأذي أو الشعور بالخوف.

ولكن إذا لم ينظر لك أحد بعينٍ مُحبّة أو يسرع بالابتسام حين رؤيتك؛ وإذا لم يسارع أحد لمساعدتك (بل قال بدلًا من ذلك: «بطل عياط، وإلا هخليك تعيط بسبب»)، فحينئذ تصبح بحاجة إلىٰ اكتشاف سبل أخرىٰ للاعتناء بنفسك؛ ومن المرجح أن تجرب أي شيء -المخدرات، أو الكحول، أو الأكل الشره، أو جرح نفسك-؛ أي شيء يمدك بنوع ما من الراحة.

رغم أن شيري كانت تأتي بكل إخلاص في كل موعد وتجيب عن أسئلتي بصدق شديد، إلا أنني لم أشعر أننا نجري نوع الاتصال الحيوي الضروري لنجاح العملية العلاجية؛ ولتعجبي من تجمدها وضيقها اقترحت عليها أن تزور ليز Liz، وهي أخصائية تدليك علاجي كنت قد عملتُ معها من قبل؛ وأثناء لقائهما الأول طلبت ليز من شيري أن تستلقي علىٰ طاولة التدليك، ثم تحركت ليز إلىٰ طرف الطاولة وأمسكت قَدَمَي شيري برفق؛ ثم حين استلقت وأغمضت عينيها، صرخت فجأة في ذعر: «أين أنت؟»؛ لقد فقدت شيري -بطريقة ما- اتصالها بليز، رغم أن ليز كانت بجانبها، ويدها ملامسة قدميها.

كانت شيري من أوائل المرضىٰ الذين علموني عن الانفصال الشديد عن الجسد الذي يعاني منه كثير من الذين لديهم تاريخ من الصدمة والإهمال،

واكتشفت أن تدريبي المهني، بتركيزه علىٰ الفهم والاستبصار، قد تجاهل إلىٰ حد كبير أهمية الجسم الحي المتنفّس، الذي هو أساس ذاتنا؛ فلقد كانت شيري تدرك أن خدش جلدها شيء مدمر، وأنه مرتبط بإهمال أمها لها، لكن فهمها لمنبع الاندفاع لم يحدث فرقًا في مساعدتها علىٰ السيطرة عليه.

فقدان جسدك:

حين انتبهت لهذا الأمر اندهشت من عدد المرضىٰ الذين كانوا يخبرونني بعجزهم عن الشعور بمناطق كاملة من أجسادهم، وكنت أحيانًا أطلب منهم إغماض أعينهم وإخباري بما أضعه في راحة يدهم؛ وسواء كان ذلك الشيء مفتاح سيارة، أو عملة معدنية، أو فتاحة علب، ففي أغلب الأحيان لم يكونوا قادرين حتىٰ علىٰ تخمين ما هم ممسكون به؛ وبهذا فقد كان إدراكهم الحسي متعطلًا.

تحدثت عن هذا الأمر مع صديقي ألكسندر ماكفارلين Alexander McFarlane من أستراليا، والذي لاحظ نفس الظاهرة؛ ففي مختبره بمدينة أديلايد، درس السؤال التالي: كيف نستطيع إدراك أن ما نمسك به مفتاح سيارة دون النظر إليه؟ إن تمييز جسم في راحة اليد يتطلب استحساس شكله، ووزنه، ودرجة حرارته، وملمسه، وموضعه؛ ثم يتم نقل كل خبرة من هذه الخبرات الحسية المتباينة إلىٰ جزء مختلف من الدماغ، والذي يحتاج بعد ذلك إلىٰ دمجها في هيئة إدراك حسي واحد؛ وقد وجد ماكفارلين أن المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة غالبًا ما يواجهون مشكلة في تجميع الأجزاء في قالب واحد٢.

عندما تتعرض حواسنا للكتم، نفقد قدرتنا علىٰ الشعور بالمحيا التام؛ وفي مقال بعنوان «ما هو الانفعال؟[1] (١٨٨٤م)»٣، أبلغ وليام جيمس William James -وهو الأب الروحي لعلم النفس الأمريكي- عن حالة مذهلة من «التبلد الحسي»

(1) What Is an Emotion? (1884).

لدىٰ امرأة أجرىٰ مقابلة معها؛ حيث قالت له: «ليس لدي . . . أي أحاسيس بشرية»، «[أنا] محاطة بكل ما يمكن أن يضخ السعادةَ والبهجةَ في الحياة، لكني مازلت مفتقرة إلىٰ القدرة علىٰ الاستمتاع . . . . إن كل حس من حواسي، كل جزء من صميم ذاتي، كأنه انفصل عني فلم يعد قادرًا علىٰ إمدادي بأي شعور؛ ويبدو أن هذا الاستحالة تتغذىٰ من الخواء الذي أشعر به في جبهتي، وأنها ناتجة عن تناقص قابلية الإحساس علىٰ سطح جسدي بأكمله، ولهذا يبدو لي أنني لا أصل أبدًا إلىٰ الأشياء التي ألمسها. كل هذا يمكن اعتباره قضية صغيرة، ولكن نظرًا لعاقبته المرعبة؛ وهي استحالة حصول أي نوع آخر من المشاعر وأي نوع من الاستمتاع، علىٰ الرغم من اختباري الاحتياج لهذا والرغبة به، نظرًا لذلك تصبح حياتي عذابًا غير مفهوم».

هذه الاستجابة للصدمة تثير سؤالًا مهمًا: كيف يمكن أن يتعلم المصدومون إدماج الخبرات الحسية العادية حتىٰ يتمكنوا من العيش مع التدفق الطبيعي للشعور، وأن يشعروا بالأمان والاكتمال داخل أجسادهم؟

كيف ندرك أننا علىٰ قيد الحياة؟

إن معظم دراسات التصوير العصبي الباكرة التي أجريت علىٰ المصدومين كانت شبيهة بتلك التي رأيناها في الفصل الثالث؛ كانت مركزة علىٰ كيفية تفاعل المبحوثين مع عوامل معينة تذكرهم بالصدمة؛ وبعد ذلك، في عام ٢٠٠٤م، قامت زميلتي روث لانيوس -التي صورت دماغي ستان ويوت- بطرح سؤال جديد: ماذا يحدث في أدمغة الناجين من الصدمات عند عدم تفكيرهم في الماضي؟ ولقد أدت دراساتُها حول الدماغ الخامد «(شبكة الحالة الافتراضية»[1]) إلىٰ فتح فصل جديد تمامًا في فهمنا لكيفية تأثير الصدمة علىٰ الوعي الذاتي، وتحديدًا الوعي الذاتي الحسي٤.

قامت د. لانيوس بتوظيف مجموعة مكونة من ستة عشر مواطنًا كنديًا «طبيعيًا» للاستلقاء داخل الماسح وعدم التفكير في شيء معين؛ وليس من السهل

(1) "default state network".

علىٰ أي شخص فعل ذلك؛ فما دمنا مستيقظين تظلُّ أدمغتُنا في حالة تماوج، لكنها طلبت منهم تركيز انتباههم علىٰ تنفسهم ومحاولة إفراغ ذهنهم قدر الإمكان؛ ثم كررت نفس التجربة مع ثمانية عشر شخصًا لديهم تاريخ من الإساءة الشديدة المزمنة في مرحلة الطفولة.

ماذا يفعل دماغك عند عدم وجود شيء معين في ذهنك؟ لقد اتضح أنك تولي انتباهك لذاتك: إن «الحالة الافتراضية» تنشِّط المناطق الدماغية التي تعمل سويًا لخلق حسك بـ «الذات».

حين شاهدَتْ روث مسوحَ المبحوثين الطبيعيين، وجدت تنشيطًا لمناطق «شبكة الحالة الافتراضية» التي وصفها باحثون سابقون. وإنني أحب تسمية هذا الأمر «موهوك»[1] الوعي الذاتي، وتمثله البنىٰ الواقعة في خط المتوسط الدماغي؛ التي تبدأ فوق أعيننا مباشرة، وتمر بمنتصف الدماغ وصولًا إلىٰ الخلف؛ وجميعها مضطلعة بحسنا بالذات. وإن أكبر منطقة مضيئة في الجزء الخلفي من الدماغ هي «الحزامية الخلفية» posterior cingulate، وهي ما يمدنا بالحس المادي بموقعنا؛ أي أنها الـ«جي بي إس» GPS الداخلي الخاص بنا؛ وهي متصلة اتصالًا وثيقًا بالقشرة أمام الجبهية الإنسية، التي هي برج المراقبة المذكور في الفصل الرابع (لا يظهر هذا الاتصال في المسح لأن التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي لا يستطيع قياسه)؛ كما أنها متصلة بالمناطق الدماغية المنوطة بتدوين الأحاسيس القادمة من باقي الجسم، وتلك المناطق هي:

* الجزيرة Insula: التي تنقل الرسائل من الأحشاء إلىٰ المراكز الانفعالية.
* الفصان الجداريان Parietal lobes: اللذَان يدمجان المعلومات الحسية.
* الحزامية الأمامية Anterior cingulate: التي تنسق الانفعالات والتفكير.

وجميع هذه المناطق تساهم في الوعي.

---

(١) موهوك Mohawk هي قصة شعر يتم فيها حلق جانبي الرأس وترك شعر المنتصف طويلًا منتصبًا للأعلىٰ، وقد ظهرت هذه القصة في الثمانينات واشتهرت في العالم الغربي. والموهوك هي قبيلة من الأمريكان القدماء في أمريكا الشمالية. (ويكيبيديا). (المترجم).



تحديد موقع الذات: موهوك الوعي الذاتي؛ يبدأ من مقدمة الدماغ (على الجانب الأيمن من الدماغ)، ويتكون من: القشرة أمام الجبهية المدارية[١]، والقشرة أمام الجبهية الإنسية، والحزامية الأمامية، والحزامية الخلفية، والجزيرة. وهذه المناطق نفسها تُظهر انخفاضًا حادًا في النشاط في حالة الأفراد الذين لديهم ماضٍ من الصدمات المزمنة، مما يصعّب تدوين الحالات الداخلية وتقييم الصلة الشخصية للمعلومات الواردة.

لقد كان الفارق مثيرًا للذهول في تصويرات المرضى الثمانية عشر المزمنين الذين مروا بصدمات شديدة في باكورة حياتهم؛ إذ لم يحدث أي تنشيط تقريبًا لأي من مناطق الاستحساس الذاتي: لم تحدث أي إضاءة للقشرة أمام الجبهية، والحزامية الأمامية، والقشرة الجدارية، والجزيرة؛ أما المنطقة الوحيدة التي

(1) Orbital Prefrontal Cortex.

أظهرت تنشيطًا طفيفًا فقد كانت الحزامية الخلفية، وهي المسؤولة عن التوجيه الأساسي في الفضاء المادي.

لا يمكن أن يكون لهذه النتائج سوىٰ تفسير واحد فقط: حينما استجاب هؤلاء المرضىٰ للصدمة، وأيضًا في تكيفهم مع الرهبة التي استمرت زمنًا طويلًا بعد ذلك، فقد تعلموا إطفاء المناطق الدماغية المنوطة بنقل المشاعر والانفعالات الحشوية التي تصاحب الرعب وتُعرِّفه. ولكن في الحياة اليومية، فهذه المناطق نفسها هي المسؤولة عن تدوين الطيف الكامل للانفعالات والأحاسيس التي تشكل أساس وعينا الذاتي، الذي هو حسّنا بكينونتنا. لقد كان ما شهدناه هنا تكيفًا مأساويًا: ففي سعيهم لإطفاء الأحاسيس المرعبة، فقد عطَّلوا أيضًا قدرتهم علىٰ الشعور بالمحيا التام.

إن عدم نشاط تلك القشرة الإنسية يمكن أن يفسر سبب فقدان الكثير من المصدومين حسهم بالغاية والوجهة، ولقد كنت أندهش من كثرة ما يطلب مني مرضاي النصح في الأمور العادية للغاية، ثم بمدىٰ ندرة اتباعهم له، لكنني الآن فهمت أن علاقتهم بواقعهم الداخلي كانت معطوبة؛ فأنّىٰ لهم اتخاذ قرارات أو تنفيذ أي خطة وهم عاجزون عن تحديد ما يرغبون به، أو لأكون أكثر دقة: ما الذي كانت أحاسيسهم الجسدية -التي هي أساس جميع الانفعالات- تحاول إخبارهم به؟

إن الافتقار للوعي الذاتي لدىٰ ضحايا الصدمات الطفولية المزمنة أحيانًا ما يكون عميقًا لدرجة عجزهم عن تمييز أنفسهم في المرآة، وتظهر مسوحُ الدماغ أن هذا ليس ناتجًا عن مجرد عدم الانتباه: فقد تصاب البنىٰ المسؤولة عن التمييز الذاتي بالإغماء برفقة البنىٰ المتعلقة بالخبرة الذاتية.

حين أرتني روث لانيوس دراستها، تذكرت عبارة من مرحلة التعليم الثانوي التقليدي. يُنسب إلىٰ عالم الرياضيات أرخميدس، صاحب «قوانين العتلة»، أنه قال: «أعطني نقطة ارتكاز فحسب، وسأرفع لك الكرة الأرضية»؛ أو كما قال العظيم موشيه فيلدنكرايس Moshe Feldenkrais، وهو معالج بالجسد عاش في

القرن العشرين: «لن تستطيع فعل ما ترغب به حتىٰ تدرك ما الذي تفعله في اللحظة الراهنة»؛ إذ أن الآثار المترتبة علىٰ ذلك واضحة: لكي تشعر بالحضور يتوجب أن تكون مدركًا لموقعك وواعيًا بما يعتمل داخلك؛ فإذا تعطل نظام الاستحساس الذاتي، نصبح بحاجة إلىٰ العثور علىٰ طرق لإعادة تنشيطه.

نظام الاستحساس الذاتي:

كان من الرائع رؤية مدىٰ استفادة شيري من علاج التدليك الذي خضعت له؛ فلقد شعرَت بقدرة أكبر علىٰ الاسترخاء والمغامرة في حياتها اليومية وصارت أكثر استرخاءً وانفتاحًا معي؛ كما أصبحت تنخرط حقًّا في الجلسات العلاجية وصار لديها فضول صادق حيال سلوكها، وأفكارها، ومشاعرها؛ كما توقفت عن خدش جلدها؛ وحين جاء الصيف بدأت تقضي الأمسيات في الجلوس علىٰ عتبة بيتها، تدردش مع جيرانها. ، بل انضمت أيضًا إلىٰ جوقة الكنيسة، وهي خبرة رائعة للتزامن الجماعي.

في هذا الوقت تقريبًا قابلت أنطونيو داماسيو Antonio Damasio في مجمع البحوث الصغير الذي أنشأه دان شاكتر Dan Schacter، رئيس قسم علم النفس بجامعة هارفارد. لقد قام داماسيو، في سلسلة من المقالات والكتب العلمية الرائعة، بتوضيح العلاقة بين حالات الجسد، والانفعالات، والنجاة؛ فلكونه طبيب أعصاب عالج مئات الأشخاص المصابين بأشكال مختلفة من التلف الدماغي، أصبح مفتونًا بالوعي وبتحديد المناطق الدماغية اللازمة لمعرفة ما نشعر به؛ وكرس حياته المهنية لتحديد ما المسؤول عن اختبارنا لـ «الذات»؛ وإنني لأرىٰ أن كتاب «الشعور بما يحدث»[1] هو أهم كتبه، ولقد كان هذا الكتاب إلهامًا منيرًا لي٥. يبدأ داماسيو بالإشارة إلىٰ الفجوة العميقة بين حسنا بالذات وبين الحياة الحسية لأجسادنا، ويشرح ذلك بأسلوب شاعري: «في بعض الأحيان نستخدم عقولنا ليس لاكتشاف الحقائق، وإنما لإخفائها . . . . وأحد الأشياء التي يخفيها الستار بمهارة بالغة هو الجسد، جسدُنا، وأعني به باطنه، أجزاءه

---

(1) The Feeling of What Happens.

الداخلية؛ فكالخمار الذي يُضرب علىٰ الجسد للاحتشام، يَحجب الستارُ -جزئيًا- عن العقل حالاتِ الجسد الداخلية، تلك الحالات التي تشكل تدفق الحياة أثناء تجولها في رحلة الأيام»٦.

ويتابع ليصف أن هذا «الستار» يعمل لصالحنا عبر تمكيننا من الاهتمام بالمشكلات الملحة في العالم الخارجي؛ ولكن ذلك يتضمن تكلفة: «فهو يميل إلىٰ منعنا من استحساس المنبع المحتمل لما نسميه «الذات» وطبيعتها»٧. واستنادًا إلىٰ عمل وليام جيمس الذي مضىٰ عليه قرن من الزمان، يجادل داماسيو بأن جوهر وعينا الذاتي قائم علىٰ الأحاسيس الجسدية التي تنقل حالات الجسد الداخلية:

توفر المشاعر البدائية اختبارًا مباشرًا لجسدنا الحي؛ اختبارًا مجردًا من الكلمات، والزخارف، وغير مرتبط بشيء سوىٰ الوجود المحض؛ وتعكس هذه المشاعر البدائية حالة الجسد الآنيّة علىٰ صعيد أبعاد مختلفة . . . علىٰ مقياس يتراوح من اللذة إلىٰ الألم؛ وهي تنبثق من مستوىٰ جذع الدماغ وليس القشرة الدماغية. إن كل المشاعر الانفعالية عبارة عن ألحان موسيقية معقدة من المشاعر البدائية٨.

إن عالمنا الحسي يتشكل قبل أن نولد حتىٰ؛ إذ نشعر في الرحم بالسائل السَّلَوِيّ[1] علىٰ جلدنا، ونسمع الأصوات الخافتة الناتجة عن اندفاع الدم وعمل الجهاز الهضمي، كما نهتز ونتأرجح مع تحرك جسد أمّنا. وبعد الولادة، يحدد الإحساسُ الجسدي معالم علاقتنا بأنفسنا وبمحيطنا؛ إذ نبدأ كينونتنا بالشعور بالبلل، والجوع، والشبع، والنعاس؛ كما يمارس نشازُ الأصوات والصور غير المفهومة ضغوطًا علىٰ نظامنا العصبي البِكْر. وحتىٰ بعد أن نكتسب الوعي واللغة، يمدنا جهازُنا الجسدي الخاص بالاستحساس بتغذية راجعة ضرورية عن حالاتنا اللحظية المتغيرة؛ حيث تنقل همهمتُه المتواصلة التغيراتِ في أحشائنا

(١) السَّائِل السَّلَوِيّ (السائل داخل التجويف السلوىٰ) amniotic fluid: سائل يحيط بالجنين ويحميه من الصدمات. (ح).

وعضلاتنا الوجهية، والجذع، والأطراف التي تشير إلىٰ الألم والراحة، وكذلك الرغبات الملحة كالجوع والاستثارة الجنسية. كما أن ما يجري حولنا يؤثر أيضًا علىٰ أحاسيسنا الجسدية؛ فرؤية شخص نعرفه، أو سماع أصوات معينة -كمقطوعة موسيقية أو صافرة إنذار مثلًا-، أو الشعور بتغير درجة الحرارة، كل ذلك يغير بؤرة انتباهنا ثم -دون وعي منا- يوجّه أفكارنا وأفعالنا اللاحقة.

وكما رأينا، فوظيفة الدماغ هي مراقبة وتقييم ما يجري داخلنا وحولنا علىٰ نحو مستمر، ثم تنتقل هذه التقييمات عبر جريان الرسائل الكيميائية في الدم والرسائل الكهربائية في أعصابنا، مسببةً تغيرات طفيفة أو دراماتيكية في جميع أنحاء الجسم والدماغ. وعادة ما تحدث هذه التحولات وتتم دون وعي مدخلاتي أو إدراك: تتسم المناطق تحت القشرية بمهارة مذهلة في تنظيم تنفّسنا، وضربات القلب، والهضم، وإفراز الهرمونات، والجهاز المناعي؛ ولكن هذه الأنظمة قد تتدمر إذا عانينا من تهديد مستمر، أو حتىٰ أحسسنا بوجود تهديد؛ وهذا يقدم تفسيرًا مقبولًا للطائفة العريضة من المشاكل الجسدية التي وثّقها الباحثون لدىٰ الأشخاص المصدومين.

ورغم ذلك، فالذات الواعية تلعب أيضًا دورًا حيويًّا في الحفاظ علىٰ توازننا الداخلي: نحن بحاجة إلىٰ تدوين أحاسيسنا الجسدية واتخاذ إجراءات وفقًا لها كي نحافظ علىٰ سلامة أجسادنا؛ فإدراك برودة جسمنا يجبرنا علىٰ ارتداء سترة؛ والشعور بالجوع أو بفقدان الاتصال بالمحيط يخبرنا أن نسبة السكر في دمنا منخفضة ويحثنا علىٰ تناول وجبة خفيفة؛ وضغط المثانة الممتلئة يرسلنا إلىٰ الحمام. ويشير داماسيو إلىٰ أن جميع بنىٰ الدماغ التي تدون مشاعر الخلفية تقع بالقرب من المناطق التي تتحكم في وظائف التدبير المنزلي الأساسية؛ كالتنفس، والشهية، والإخراج، ودورات النوم/الاستيقاظ: «هذا لأن تبعات حصول الانفعال والانتباه مرتبطة كليًّا بالمهمة الرئيسية المتمثلة في إدارة الحياة داخل الكائن الحي، ولا يمكن إدارة الحياة والحفاظ علىٰ التوازن الاستتبابي دون بيانات عن الحالة الآنية لجسم الكائن الحي»[9]. كما يطلق داماسيو علىٰ مناطق

التدبير المنزلي الدماغية هذه اسم «الذات البدائية»، لأنها تُنشئ «المعرفة المجردة من الكلمات» التي يقوم عليها الحس الواعي بالذات.

الذات تحت وطأة التهديد:

في عام ٢٠٠٠م، نشر داماسيو وزملاؤه مقالًا في أهم مجلة علمية في العالم، وهي مجلة «ساينس» Science، والذي أفاد بأن معاودة عيش الانفعال السلبي الشديد يسبب تغيرات ملحوظة في المناطق الدماغية التي تتلقىٰ إشارات عصبية من العضلات، والأمعاء، والجلد؛ وهي المناطق الضرورية لتنظيم وظائف الجسم الأساسية؛ حيث أظهرت المسوح الدماغية التي أجراها الفريق أن استدعاء الحدث الانفعالي من الماضي يؤدي بنا إلىٰ الاختبار الفعلي للأحاسيس الحشوية التي شعرنا بها أثناء الحدث الأصلي؛ كما أنتج كل نوع من أنواع الانفعال نمطًا مميزًا يختلف عن الأنواع الأخرىٰ؛ فعلىٰ سبيل المثال: كان جزء معين من جذع الدماغ «متنشطًا في الحزن والغضب، لكن غير نشط في السعادة أو الخوف»[١٠]. وتقع جميع هذه المناطق الدماغية تحت الجهاز الحوفي، والتي تعهد إليها المشاعر من الناحية التقليدية، فنحن إلىٰ الآن نعترف بانخراطها في الشعور كلما استخدمنا أحد التعبيرات الشائعة التي تربط الانفعالات الشديدة بالجسد: «ببقىٰ عايز أرجع لما بتكلم معاه»؛ «جسمي قشعر لما سمعت الصوت ده»؛ «لساني وقتها جاله شلل»؛ «قلبي انقبض»؛ وما إلىٰ ذلك.

يتنشط نظام الذات الأوَّلي في جذع الدماغ والجهاز الحوفي تنشطًا هائلًا حين يواجه الناس خطر الإبادة، مما يؤدي إلىٰ حسٍّ طاحن بالخوف والرعب مصحوبًا بتيقظ فسيولوجي شديد. وفي حالة الذين يعاودون عيش الصدمة، فلا يكون أي شيء مفهومًا؛ إذ يصيرون عالقين في وضع«حياة أو موت»، في حالة من الخوف المشل أو الحنق الأعمىٰ؛ كما يكون العقل والجسد في حالة تيقظ دائم، كأنهم يواجهون خطرًا وشيكًا؛ إذ يجفلون استجابة لأدنىٰ ضوضاء ويصابون بالإحباط من المضايقات البسيطة؛ كما يضطرب نومهم بشكل مزمن، وغالبًا ما

يفقدون لذة شهوة الطعام. وهذا بدوره يمكن أن يؤدي إلىٰ محاولات يائسة لإطفاء تلك المشاعر، بالتجمد والتفارق١١.

كيف يستعيد الناس السيطرة حين يكون دماغهم الحيواني عالقًا في معركة في سبيل البقاء؟ وإذا كان ما يدور في أعماق دماغنا الحيواني يملي علينا ما نشعر به، وإذا كان تنسيقُ أحاسيسنا الجسدية يجري بواسطة البنىٰ الدماغية تحت القشرية (تحت الشعورية[1])، فما مقدار السيطرة الذي نملكه عليها حقًّا؟

الوَكَالَة: امتلاك زمام حياتك:

«الوكالة» Agency هو المصطلح الفني لشعور المرء بأنه مسؤول عن حياته: استيعاب وضعك الحالي، والعلم بأن لديك الحق في اتخاذ قرار بشأن ما يحدث لك، وإدراك أنك تمتلك بعض القدرة علىٰ تشكيل ظروفك. وإن المحاربين القدامىٰ الذين كانوا يهشمون الخوائط الجافة بقبضات أيديهم في عيادة المحاربين إنما كانوا يحاولون توكيد وكالتهم؛ لقد كانوا يحاولون إحداث شيء ما؛ لكن المطاف كان ينتهىٰ بهم شاعرين أنهم خارج السيطرة. لقد أصبح العديد من هؤلاء الرجال -الذين كانوا في السابق متسمين بالثقة بالنفس- محاصرين داخل حلقة مفرغة بين النشاط المحموم والتجمد.

تبدأ الوكالة بما يسميه العلماء «الحس الحشوي (الداخلي)»[2]، وهو وعينا بالمشاعر الحسية الدقيقة النابعة من الجسد: فكلما زاد هذا الوعي، زادت إمكانية سيطرتنا علىٰ حياتنا. وإن إدراك ما نشعر به هو الخطوة الأولىٰ لمعرفة سبب مراودة هذا الشعور لنا، وإذا كنا واعين بالتغيرات المستمرة في بيئتنا الداخلية والخارجية، فحينئذ يمكننا التحرك لإدارتهما. لكن ليس بمقدورنا فعل ذلك ما لم يتعلم برج المراقبة (القشرة أمام الجبهية الإنسية) ملاحظة ما يعتمل بداخلنا، وهذا هو السبب في أن ممارسة اليقظة الذهنية، التي تقوّي القشرة أمام الجبهية الإنسية، تمثل حجر الزاوية في التعافي من الصدمات١٢.

---

(1) subconscious.

(2) interoception.

بعد مشاهدتي الفيلم الرائع «مسيرة البطاريق» March of the Penguins، وجدت نفسي أتأمل في بعض مرضاي؛ إن البطاريق كائنات رزينة ومحبوبة، ومن المأساوي معرفة كيف أنها -منذ القدم- تجاهد مشي سبعين ميلًا بعد خروجها من البحر، وتتحمل مصاعب يضيق الوصف عن الإحاطة بها، في سبيل الوصول إلىٰ مواضع التكاثر الخاصة بها، وتفقد العديد من بيضها المخصب نتيجة تعرضه للعوامل؛ ثم، وهي تكاد تموت جوعًا، تجر نفسها عائدة إلىٰ المحيط. فلو كانت البطاريق تمتلك فصوصًا جبهية، لاستخدمت زعانفها الصغيرة في بناء أكواخ ثلجية، ولابتكرت تقسيمًا أفضل للأعمال المطلوبة، ولأعادت تنظيم إمداداتها الغذائية. وكذلك فقد جاهد العديدُ من مرضاي للنجاة من الصدمة بشجاعة ومثابرة هائلتين، ثم لم يكن منهم إلا الوقوع مجددًا في نفس أنواع المتاعب مرارًا وتكرارًا؛ فلقد أطفأت الصدمة بوصلتهم الداخلية وسلبتهم الخيال الذي يحتاجون إليه لابتكار شيء أفضل.

إن منظور علم الأعصاب للذات والوكالة يُصدِّق علىٰ أساليب العلاج النفسي الجسدية التي ابتكرها صديقاي بيتر ليڤين١٣ وبات أوغدن١٤، وسأناقش هذه الأساليب وغيرها من المقاربات الحسية الحركية بمزيد من التفصيل في الجزء الخامس، ولكن جوهر ما تهدف إليه متمثل في ثلاثة جوانب وهي:

* استخراج المعلومات الحسية التي تعرضت للحجب والتجميد بسبب الصدمة.

* مساعدة المرضىٰ علىٰ مصادقة (بدلًا من قمع) الطاقات المنبعثة من تلك الخبرة الداخلية.

* استكمال الإجراءات الجسدية الحافظة للذات التي أُخمدت وقت أن أصبحوا عالقين، أو مكبَّلين، أو متجمدين بسبب الرعب.

تصدر مشاعرُنا الغريزية إشارات بشأن ما هو آمن، أو حافظ للحياة، أو مشكل للتهديد، حتىٰ إذا كنا لا نستطيع شرح سبب وجود هذا الشعور المعين لدينا؛ ولا ينفك باطننا الحسي عن إرسال رسائل دقيقة لنا بشأن احتياجات

أجهزتنا الحيوية. كما تساعدنا المشاعر الغريزية علىٰ تقييم ما يجري حولنا؛ فتحذرنا بأن الرجل الذي يقترب منا يبدو مريبًا، لكنها تبلغنا أيضًا أن الغرفة ذات الواجهة الغربية المحاطة بأزهار زنبق النهار ستشعرنا بالصفاء والسكينة. وبهذا فإذا كان لديك اتصال مريح بأحاسيسك الداخلية -إذا كان بإمكانك الوثوق بها في تزويدها إياك بمعلومات دقيقة- فستشعر أنك مسؤول عن جسدك، ومشاعرك، وذاتك.

بيد أن المصدومين يكون لديهم شعور مزمن بعدم الأمان داخل أجسادهم: يكون الماضي حيًّا في هيئة انزعاج داخلي مؤلم دائم؛ حيث تُقصَف أجسادهم باستمرار بإشارات التحذير الحشوية، وفي سعيهم للسيطرة علىٰ هذه العمليات، غالبًا ما يصبحون خبراء في تجاهل مشاعرهم الغريزية وفي تخدير الوعي بما يعتمل بالداخل؛ وهكذا يتعلمون الاختباء من أنفسهم.

كلما سعىٰ الناس لإبعاد إشارات التحذير الداخلية وتجاهلها، زاد احتمال امتلاك هذه الإشارات زمام الأمور وانتهاء المطاف بهم في حيرة، وارتباك، وخزي؛ كما أن الذين لا يستطيعون ملاحظة ما يجري بالداخل بسلاسةٍ يصبحون عرضة للاستجابة لأي تغير حسي إما بالانطفاء وإما بالهلع؛ وبهذا ينشأ لديهم خوف من الخوف نفسه.

نحن الآن ندرك أن السبب الأكبر لاستمرار أعراض الهلع هو أن الفرد ينشأ لديه خوف من الأحاسيس الجسدية المرتبطة بنوبات الهلع؛ فقد تنجم النوبة عن شيء يعلم أنه غير عقلاني، لكن الخوف من الأحاسيس يواصل زيادة حدتها إلىٰ أن يؤدي إلىٰ حالة طوارئ في الجسم بأكمله. وإن عبارتَي «متسمرٌ رعبًا» و«متجمد خوفًا» (الانهيار والتخدر) تصفان خبرة الرعب والصدمة وصفًا دقيقًا؛ فهما تمثلان أساسها الحشوي، حيث تَنتج خبرة الخوف عن استجابات التهديد البدائية حين يتعرض الهروب للإفشال بطريقة ما. وستظل حياة الناس رهينة الخوف حتىٰ تتغير تلك الخبرة الحشوية.

إن تكلفة تجاهل رسائل الجسد أو تشويهها هي العجز عن رصد ما يمثل خطرًا أو ضررًا لك حقًّا، وكذلك -بنفس درجة السوء- ما يمثل أمنًا أو ارتواءً.

إن التنظيم الذاتي معتمد علىٰ وجود علاقة ودية مع جسدك، وبدونها تضطر إلىٰ الاعتماد علىٰ الضبط الخارجي - بالأدوية، أو المخدرات أو الكحول، أو التطمين المتواصل، أو الامتثال القهري لرغبات الآخرين.

هذا ويستجيب العديد من مرضاي للكرب ليس بملاحظته وتسميته وإنما بالإصابة بصداع نصفي أو نوبات ربو١٥. ولقد أخبرتني ساندي Sandy، وهي ممرضة زائرة[1] في منتصف العمر، أنها كانت تشعر بالرعب والوحدة في طفولتها، وذلك لأنها لم تكن مرئية بالنسبة لأبويها السكّيرين؛ ونتيجة لذلك أصبحت ترهَب كل شخص تعوّل عليه (بما في ذلك أنا، معالجها النفسي). ومتىٰ ما أدلىٰ زوجها بملاحظة جافة، كانت تصاب بنوبة ربو، كما أنها لا تلاحظ أنها عاجزة عن التنفس إلا بعد فوات أوان فعالية المنشقة (جهاز الاستنشاق)، ويتحتم نقلها إلىٰ غرفة الطوارئ.

إن قمع استغاثاتنا الداخلية لا يمنع الهرمونات الكربية من التأثير علىٰ جسدنا؛ فعلىٰ الرغم من أن ساندي تعلمت تجاهل مشاكل علاقاتها وحجب إشارات الاكتراب الجسدية، إلا أن هذه الأمور كانت تظهر في هيئة أعراض تطالب بالحصول علىٰ اهتمامها. ولهذا فقد ركز علاجها النفسي علىٰ رصد الرابط بين أحاسيسها الجسدية وانفعالاتها، كما شجعتُها علىٰ الالتحاق ببرنامج ملاكمة. ومن الجدير بالذكر أنها لم تزر غرفة الطوارئ خلال السنوات الثلاث التي كانت فيها تحت إشرافي.

يشيع وجود الأعراض الجسدية التي لا يمكن العثور علىٰ أساس جسدي واضح لها لدىٰ الأطفال والراشدين المصدومين، وهي تتضمن ألم الظهر والرقبة المزمن، والألم العضلي الليفي، والصداع النصفي، ومشاكل الجهاز الهضمي، والقولون المتشنج/ متلازمة القولون المتهيج، والتعب المزمن، وبعض أشكال الربو١٦؛ كما أن معدل الإصابة بالربو لدىٰ الأطفال المصدومين أكبر خمسين مرة

---

(١) هي ممرِّضة توظفها وزارة الصِّحة أو المستشفىٰ لتشجيع صحة المجتمع، وخاصّة لزيارة المرضىٰ في بيوتهم وعلاجهم. (المترجم).

من المعدل لدىٰ أقرانهم غير المصدومين١٧؛ ولقد أظهرت الدراسات أن العديد من الأطفال والراشدين الذين أصيبوا بنوبات ربو قاتلة لم يكونوا علىٰ دراية بوجود مشكلة في التنفس لديهم قبل حدوث تلك النوبات.

استبهام المشاعر «ألكسيثيميا»: ما من كلام يصف المشاعر:

كانت لدي عمة أرملة ذات ماضٍ مؤلم من الصدمات والتي صارت في وقتٍ من الأوقات بمثابة جدة شَرَفيّة لطفلينا، حيث تكررت زياراتها التي تميزت بالكثير من الأشغال -صنع ستائر، وإعادة ترتيب أرفف المطبخ، وخياطة ملابس الأطفال- لكن بأقل القليل من الكلام، كما كانت دائمًا حريصة علىٰ الإرضاء، لكن كان من الصعب معرفة ما تستمتع هي به. وبعد عدة أيام من تبادل المجاملات، كان الحديث ينقطع فجأة، وكنت أجاهد لملء فترات الصمت الطويلة. ثم في آخر يوم من زياراتها، حين كنت أقلها إلىٰ المطار، وإذ بها تعانقني بقوة وتنهمر الدموع من عينيها؛ ثم وجدتها تشكو دون أي حس بالسخرية من أن الرياح الباردة في مطار لوغان الدولي جعلت عينيها تدمعان. لقد كان جسدها يشعر بالحزن الذي لم يستطع ذهنها تدوينَه؛ فلقد كانت تفارق عائلتنا الشابة، أقرب أقربائها الأحياء.

يسمي الأطباء النفسيون هذه الظاهرة «ألكسيثيميا» **Alexithymia** - وهو مصطلح يوناني يشير إلىٰ غياب الكلمات الواصفة للمشاعر[1]. إن العديد من الأطفال والراشدين المصدومين لا يستطيعون وصف ما يشعرون به لأنهم لا يستطيعون تحديد ما تعنيه أحاسيسهم الجسدية؛ وقد يبدو عليهم الحنق لكن ينكرون أنهم غاضبون؛ ويبدو عليهم الذعر ولكنهم يقولون إنهم بخير. وبهذا يؤدي عجزهم عن تمييز ما يعتمل داخل أجسادهم إلىٰ فقدان اتصالهم

---

(١) آثرت تعريب مصطلح «ألكسيثيميا» ليكون «استبهام المشاعر»، وهو ما سأستخدمه في سائر الكتاب. وفي المعجم الوسيط: استبهم الأمر: استغلق وأشكل، ولم يكن واضحًا؛ واستبهمت عليه المعادلة الرياضيّة فلم يفهمها؛ واسْتُبْهِم عليه الكلامُ: استعصىٰ. (المترجم).

باحتياجاتهم، كما يلاقون صعوبة في الاعتناء بأنفسهم، سواء كان ذلك يتضمن أكل الكمية المناسبة في الوقت المناسب أو النوم بالقدر الذي يحتاجونه.

وكما عمتي، فقد استبدل المصابون باستبهام المشاعر لغةَ الانفعال بلغة الفعل؛ فحين نطرح سؤال «بم ستشعر إذا رأيت شاحنة قادمة نحوك بسرعة ثمانين ميلًا في الساعة؟» في هذه الحالة سيقول معظم الناس: «سأكون مرعوبًا» أو «سأتجمد خوفًا»؛ أما المصابون باستبهام المشاعر فقد يجيبون: «ماذا سيكون شعوري؟ لا أدري .... سأتنحىٰ عن الطريق»١٨. إنهم يميلون إلىٰ تدوين المشاعر في صورة مشكلات جسدية وليس باعتبارها إشارات إلىٰ أن شيئًا ما يستحق انتباههم؛ فبدلًا من شعورهم بالغضب أو الحزن، يختبرون الآلام العضلية، أو اضطرابات الأمعاء، أو الأعراض الأخرىٰ التي لا يمكن العثور علىٰ سبب لها. وإن حوالي ثلاثة أرباع المرضىٰ المصابين بفقدان الشهية العصابي[1]، وأكثر من نصف جميع مرضىٰ النُّهام، تصيبهم مشاعرهم الانفعالية بالحيرة، كما يلاقون صعوبة كبيرة في وصف تلك المشاعر١٩؛ فحين عرض الباحثون علىٰ المصابين باستبهام المشاعر صورًا لوجوه غاضبة أو حزينة، لم يستطيعوا معرفة ما يشعر به هؤلاء الناس٢٠.

كان الطبيب النفسي هنري كريستال Henry Krystal، الذي عمل مع أكثر من ألف ناجٍ من الهولوكوست في سعيه لفهم الصدمات النفسية الهائلة٢١، كان من أوائل مَن علَّموني عن مرض استبهام المشاعر. لقد وجد كريستال -وهو نفسه أحد الناجين من معسكرات الاعتقال- أن العديد من مرضاه كانوا ناجحين مهنيًا، لكن علاقاتهم الحميمة كانت موحشة وفاترة؛ إن قمع مشاعرهم أتاح التعامل مع العمل الربحي في العالم، ولكن كان ذلك مقابل ثمن؛ فلقد تعلموا إطفاء

(١) القَهَمُ (فقدان الشهية) العُصابِيّ anorexia nervosa: حالة نفسانية فيزيولوجية تلاحظ لدىٰ الفتيات والنساء الصغيرات، تتسم بفترة طويلة من الامتناع عن الطعام ورفض الأكل، وقد يرافقها إقياء، وينتج عنها هزال شديد وانقطاع الطمث وتبدلات بيولوجية كبيرة، وقد تنتهي إذا لم تحظ بالتدبير الملائم إلىٰ الموت. (ح).

الانفعالات التي سحقتهم في الماضي، ونتيجة لذلك لم يعودوا يعرفون ما يشعرون به، بل إن ثلة منهم فحسب هم من كان لديهم اهتمام يذكر بالعلاج.

قام بول فريوين Paul Frewen -من جامعة ويسترن أونتاريو- بإجراء سلسلة مسوح دماغية للمصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة الذين يعانون من استبهام المشاعر، ولقد قالت له إحدىٰ المشاركات: «إنني أجهل ما أشعر به، وكأن رأسي وجسدي منفصلان. أنا أعيش في نفق مظلم، في ضباب، فمهما كان ما يحدث يتولد نفس رد الفعل -التخدر، اللاشيء. إن الإصابة بحرق أثناء حمّام فقاعات أو التعرض للاغتصاب لهما نفس الشعور؛ فعقلي لا يشعر بشيء». لقد وجد فريوين وزميلته روث لانيوس أنه كلما زاد انفصال الناس عن مشاعرهم، قل نشاط المناطق الدماغية الخاصة بالاستحساس الذاتي٢٢.

نظرًا لأن المصدومين غالبًا ما يلاقون صعوبة في استحساس ما يجري في أجسادهم، فهم يفتقرون إلىٰ استجابة دقيقة للإحباط؛ إذ يكون رد فعلهم تجاه الكرب إما بأن يصبحوا «منفصلين عما حولهم» وإما بالغضب المفرط؛ وأيًّا كانت استجابتهم، ففي أغلب الأحيان يعجزون عن معرفة ما يزعجهم. إن هذا الفشل في الاتصال بأجسادهم يساهم في افتقارهم لحماية الذات وما وثقه الباحثون من ارتفاع معدلات الوقوع ضحية٢٣، ويسهم كذلك في الصعوبة الشديدة التي يلاقونها في الشعور باللذة والشهوة وفي الحس بالمعنىٰ.

لا يمكن أن يتحسن المصابون باستبهام المشاعر إلا بتعلم التعرف علىٰ العلاقة التي بين أحاسيسهم الجسدية وعواطفهم، تمامًا كما لا يستطيع المصابون بعمىٰ الألوان ولوج عالم الألوان إلا بتعلم تمييز درجات اللون الرمادي وتقديرها؛ وكعمتي ومرضىٰ هنري كريستال، فعادة ما يكونون عازفين عن فعل ذلك: يبدو أن معظمهم قد اتخذوا قرارًا غير واعٍ بأن مواصلة زيارة الأطباء وعلاج الاعتلالات التي لا تُشفَىٰ = أفضل من القيام بهذا العمل المؤلم المتمثل في مواجهة شياطين الماضي.

تبدد الشخصية:

هناك خطوة أخرىٰ علىٰ سلم نسيان الذات، ألا وهي تبدد الشخصية- فقدان حسك بذاتك. إن المسح الدماغي الخاص ببيوت في الفصل الرابع، إنه في عتمته ذاتها هو توضيح قوي لتبدد الشخصية. وإن تبدد الشخصية أمر شائع أثناء الخبرات المؤلمة، ولقد تعرضت ذات مرة للنهب في وقت متأخر من الليل بحديقة قريبة من منزلي؛ وبتحليقي فوق المشهد، رأيت نفسي ممددًا في الثلج مصابًا بجرح صغير في الرأس، ومحاطًا بثلاثة مراهقين مسلحين بالسكاكين؛ كما تفارقت عن آلام طعناتهم التي أصابت يدي ولم أشعر بأي خوف يذكر أثناء تفاوضي معهم بهدوء لإعادة محفظتي الفارغة.

لم ينشأ لدي اضطراب الكرب التالي للصدمة، جزئيًا علىٰ ما أظن، لأنني كان لدي فضول شديد بشأن المرور بخبرة درستها عن كثب لدىٰ الآخرين، وجزئيًا أيضًا لأنني كنت متوهمًا أنني سأستطيع صنع رسمة للمعتدين لأريها للشرطة؛ وبطبيعة الحال فلم يُقبض عليهم حتىٰ الآن، لكن استيهام الانتقام الذي كان لدي أمدني بحس الوكالة المرْضي.

لكن المصدومين ليسوا محظوظين مثلي ويشعرون بالانفصال عن أجسادهم؛ وإن أحد الأوصاف الرائعة لتبدد الشخصية صاغه المحلل النفسي الألماني بول شيلدر Paul Schilder، حيث كتب في برلين عام ١٩٢٨م: ٢٤ «يبدو العالم بالنسبة للفرد المصاب بتبدد الشخصية غريبًا وعجيبًا، أجنبيًا وشبيهًا بالحلم؛ إذ تبدو الأشياء أحيانًا متقلصة الحجم علىٰ نحو غريب، وفي بعض الأحيان مسطحة؛ كما تبدو الأصوات آتية من مكان بعيد .... وبالمثل، تخضع المشاعرُ لتغيير ملحوظ؛ حيث يشكو المرضىٰ من العجز عن اختبار الألم أو اللذة .... لقد أصبحوا غرباء عن أنفسهم».

لقد انبهرت حين علمت أن مجموعة من علماء الأعصاب بجامعة جنيف٢٥ قد استحثوا خبرات خروج من الجسد مشابهة، وذلك بتوصيل تيار كهربائي خفيف

إلىٰ نقطة معينة في الدماغ، وهي الموصل الصدغي الجداري[1]؛ فأحدث هذا لدىٰ إحدىٰ المريضات إحساسًا بأنها متدلية من السقف وتنظر إلىٰ جسدها؛ كما استحث لدىٰ مريضة أخرىٰ شعورًا غريبًا بأن هناك من يقف خلفها. ويؤكد هذا البحث علىٰ ما يخبرنا به مرضانا: أن الذات يمكن أن تنفصل عن الجسد وتعيش حياة وهمية بمفردها. وبالمثل، فلقد أجرىٰ فريوين ولانيوس، بالإضافة إلىٰ مجموعة من الباحثين بجامعة جرونينجن بهولندا٢٦، مسوحًا دماغية للأشخاص الذين تفارقوا عن رعبهم ووجدوا أن مراكز الخوف الدماغية تنطفئ ببساطة حين يتذكرون الحدث.

مصادقة الجسد:

لا يمكن أن يتعافىٰ ضحايا الصدمات حتىٰ يصبحوا علىٰ دراية بالأحاسيس التي في أجسادهم ويصادقوها؛ فشعورك المستمر بالخوف معناه أنك تعيش في جسد متأهب علىٰ الدوام، وذوي الطبع الغاضب يعيشون داخل أجساد غاضبة، كما أن أجساد ضحايا انتهاك الطفل تظل متوترة ودفاعية إلىٰ أن يجدوا طريقة للاسترخاء والشعور بالأمان. ولكي يتغير الناس، يتوجب أن يصبحوا علىٰ وعي بأحاسيسهم وبالطريقة التي تتفاعل بها أجسادهم مع العالم المحيط، فالوعي الذاتي الجسدي هو الخطوة الأولىٰ في درب التحرر من جبروت الماضي.

كيف يمكن أن ينفتح الناس لعالمهم الداخلي الخاص بالأحاسيس والانفعالات ويستكشفوه؟ في عيادتي، أبدأ العملية بمساعدة مرضاي علىٰ ملاحظة المشاعر التي في جسدهم أولًا ثم وصفها، ولا أقصد الانفعالات كالغضب أو القلق أو الخوف؛ وإنما الأحاسيس الجسدية الكامنة تحت الانفعالات: الضغط، والحرارة، والتوتر العضلي، والوخز، الخَوَر، والخواء، وما إلىٰ ذلك. كما أعمل أيضًا علىٰ تحديد الأحاسيس المرتبطة بالاسترخاء أو اللذة، وأساعدهم علىٰ أن يكونوا علىٰ وعي بتنفسهم، وإيماءاتهم، وحركاتهم؛ كما أطلب منهم الانتباه

(1) temporal parietal junction.

إلىٰ التحولات الطفيفة في أجسادهم -كضيق الصدر أو ألم البطن- حين يتحدثون عن أحداث سلبية يزعمون أنها لم تزعجهم.

قد تؤدي ملاحظة الأحاسيس للمرة الأولىٰ إلىٰ اكتراب بالغ، وقد تستثير ارتدادات ذكروية تؤدي إلىٰ تكوم جسدهم أو اتخاذ وضعيات دفاعية؛ وتعد هذه إعادة تمثيل جسدية للصدمة غير المهضومة، وأغلب الظن أنها تمثل الوضعيات التي اتخذوها حين حدثت الصدمة. كما قد يصاب المرضىٰ بطوفان من الصور والأحاسيس الجسدية عند هذه النقطة، ويجب أن يكون المعالج علىٰ دراية بأساليب إيقاف سيول الإحساس والانفعال لمنعهم من التعرض لصدمة ثانية نتيجة ولوج الماضي (غالبًا ما يكون المدرسون، والممرضات، وضباط الشرطة ماهرين جدًّا في تهدئة ردود الفعل المرعوبة نظرًا لأن العديد منهم يواجه علىٰ نحو شبه يومي أشخاصًا خارجين عن السيطرة أو مضطربين للغاية).

ومع ذلك، ففي معظم الأحيان للأسف توصف أدوية كأبيليفاي، وزيبريكسا، وسيروكويل بدلًا من تعليم الناس مهارات التعامل مع ردود الفعل الجسدية الكاربة؛ وبطبيعة الحال، تخفف الأدوية الأحاسيس فحسب ولا تفعل شيئًا لمداواتها أو تحويلها من عوامل سامة إلىٰ حليفة.

إن الطريقة الأكثر طبيعية بالنسبة للبشر لتهدئة أنفسهم حين التوعك هي الالتصاق بشخص آخر، وهذا يعني أن المرضىٰ الذين تعرضوا للانتهاك الجسدي أو الجنسي يواجهون معضلة: إنهم يتوقون بشدة للتلامس وفي نفس الوقت هم مرتعبون من الاتصال الجسدي؛ وبهذا يحتاج ذهنهم إلىٰ إعادة تعلم الشعور بالأحاسيس الجسدية، ويحتاج جسمهم إلىٰ المساعدة علىٰ إطاقة التلامس والاستمتاع بجوانب الراحة فيه. وإن المفتقرين إلىٰ الوعي الانفعالي يستطيعون -بالتدريب- ربط أحاسيسهم الجسدية بالأحداث النفسية، وبعد ذلك يمكنهم إعادة الاتصال بذاتهم شيئًا فشيئًا٢٧.

اتصالك بذاتك، اتصالك بالآخرين:

سأنهي هذا الفصل بدراسة أخيرة توضح تكلفة فقدان جسدك: بعد أن فحصَت روث لانيوس ومجموعتها الدماغ الخامد، ركزوا علىٰ سؤال آخر من الحياة اليومية: ماذا يحدث لذوي الصدمات المزمنة حين يتواصلون وجهًا لوجه مع الآخرين؟

كثير من المرضىٰ الذين يأتون إلىٰ عيادتي يكونون عاجزين عن الاتصال العيني، وحين أجد أن من الصعب عليهم النظر في وجهي أدرك فورًا معاناتهم الشديدة؛ إذ دائمًا ما يتبين لاحقًا أنهم يشعرون بأنهم مثيرون للاشمئزاز ولا يستطيعون إطاقة أن أرىٰ مدىٰ حقارتهم؛ ولم يخطر ببالي مطلقًا أن مشاعر الخزي الشديدة هذه ستنعكس صورتها في شذوذ التنشيط الدماغي؛ فقد أظهرت روث لانيوس مرة أخرىٰ أن الذهن والدماغ لا يمكن التفريق بينهما؛ ما يحدث في أحدهما يُدَوَّن في الآخر.

اشترت رُوث جهازًا باهظًا يعرض للشخص المستلقي داخل الماسح شخصيةَ فيديو (في هذه الحالة كان الرسم الكارتوني شبيهًا بـ ريتشارد جير[١] اللطيف)؛ وكان يمكن أن تقترب الصورة من المبحوث إما وجهًا لوجه (ناظرة مباشرة إلىٰ المبحوث) وإما بزاوية ٤٥ درجة بنظرة تجنبية؛ ولقد أتاح هذا مقارنة تنشيط الدماغ في حالتَيّ الاتصال العيني المباشر والنظرة التجنبية٢٨.

كان الاختلاف الأكثر إدهاشًا بين المجموعة الضابطة الطبيعية وبين الناجين من الصدمات المزمنة هو تنشُّط القشرة أمام الجبهية استجابةً للنظرة العينية المباشرة؛ إذ أن القشرة أمام الجبهية تساعدنا في الأحوال العادية علىٰ تقييم الشخص القادم نحونا، كما تساعدنا العصبونات المرآتية علىٰ التعرف علىٰ نواياه؛ ولكن في حالة المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، لم يحدث تنشيط في أي جزء من الفص الجبهي، مما يعني أنهم لا يستطيعون استجماع أي فضول

---

(١) Richard Gere: ممثل أمريكي شهير (المترجم).

تجاه الشخص الغريب؛ لقد تفاعلوا فحسب بتنشيطٍ شديدٍ في أعماق دماغهم الانفعالي، في المنطقة البدائية المعروفة باسم «السِّنْجابِيَّة المحِيْطَةُ بالمَسَال[1]»، التي تولِّد الإجفال، واليقظة المفرطة، والانكماش خوفًا، وغيرها من سلوكيات حماية الذات؛ وكذلك لم يحدث تنشيط لأي جزء دماغي من الأجزاء المنوطة بالانخراط الاجتماعي. فعند الاستجابة لتحديق الآخرين بهم، يتحولون ببساطة إلىٰ وضع النجاة.

ماذا يعني هذا بالنسبة لقدرتهم علىٰ تكوين صداقات والتعايش مع الآخرين؟ وماذا يعني بالنسبة للعلاج؟ هل يمكن للمصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة أن يثقوا بمعالج في إخباره بأعمق مخاوفهم؟ ذلك أنك إذا كنت راغبًا في علاقات حقيقية صادقة فيجب أن تكون قادرًا علىٰ اختبار الآخرين باعتبارهم أفرادًا منفصلين، لكل منهم دوافعه ونواياه الخاصة غير المتعلقة بك؛ ولكن لوجوب أن تكون مقتدرًا علىٰ المنافحة عن نفسك، فأنت أيضًا بحاجة إلىٰ إدراك أن الآخرين لديهم خططهم وأجنداتهم الخاصة والتي قد تكون متعلقة بك؛ لكن الصدمة يمكن أن تجعل كل ذلك ضبابيًّا ورماديًّا.

---

(1) Periaqueductal Gray.

الباب الثالث

أذهان الأطفال



الفصل السابع
الانسجام
التعلق والتناغم

إن جذور المرونة النفسية . . . تولد من الحس بأنك مفهوم من آخَرَ محبٍّ، ومتناغمٍ، ورزينٍ؛ وأنك تَسكُن فكره وقلبه.

– ديانا فوشا Diana Fosha

كانت «عيادة الأطفال»[1] في «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية» مليئةً بأطفال مضطربين ومقلِقين، لقد كانوا عبارة عن مخلوقات جامحة؛ إذ كانوا لا يتحملون الجلوس في سكون ويضربون ويعضُّون الأطفال الآخرين، بل حتىٰ الموظفين أحيانًا؛ كما كنت تجدهم يركضون إليك في لحظة ما ويتشبثون بك وإذ بهم في اللحظة التالية يهربون مرتعبين، كما كان بعضهم يمارس الاستمناء ممارسة قهرية؛ وآخرون ينفجرون غضبًا علىٰ الأشياء، والحيوانات الأليفة، وعلىٰ أنفسهم؛ لقد كانوا متعطشين للمودة وفي ذات الوقت غاضبين وعناديين. أما الفتيات علىٰ وجه الخصوص فقد كنا نجد منهن إذعانًا خطيرًا. وسواء كانوا عناديين أم تشبُّثيِّين، فلم يكن أي منهم قادرًا علىٰ الاستكشاف أو اللعب بالطرق المعتادة ممن هم في نفس مرحلتهم العمرية، بل إن الحس بالذات كان بالكاد موجودًا لدىٰ بعضهم؛ حيث كانوا عاجزين حتىٰ عن تمييز أنفسهم في المرآة.

---

(1) Children's Clinic.

آنذاك كنت لا أعلم إلا القليل عن الأطفال، بصرف النظر عما كان يعلمني إياه طفلاي اللذَين في مرحلة ما قبل المدرسة؛ لكنني كنت محظوظًا بوجود زميلتي نينا فيش -موراي Nina Fish-Murray، التي كانت قد درست برفقة جان بياجيه Jean Piaget في مدينة جنيف، بالإضافة إلىٰ قيامها بتربية خمسة أطفال. لقد بنىٰ بياجيه نظرياته الخاصة بنماء الطفل علىٰ مراقبته الدقيقة والمباشرة للأطفال أنفسهم، بدءًا من أطفاله هو، وقد جلبت نينا هذه الروح إلىٰ «تروما سنتر» الوليد بـ «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية».

كانت نينا متزوجة من هنري موراي Henry Murray، الرئيس السابق لقسم علم النفس بجامعة هارفارد، وهو أحد رواد نظرية الشخصية[1]، وكانت تشجع بحماسٍ أي عضو هيئة تدريس مبتدئ يشاركها اهتماماتها؛ لذا كانت مفتونة بقصصي عن المحاربين القدامىٰ لأنها ذكّرتها بالأطفال المضطربين الذين عملت معهم في «مدارس بوسطن العامة»، ولقد أتاح لنا موقع نينا المتميز وسحرها الشخصي ولوجَ «عيادة الأطفال»، التي كان يديرها نفسانيو الأطفال الذين لا يهتمون كثيرًا بالصدمات.

لقد اشتهر هنري موراي -من بين أمور أخرىٰ- بتصميم «اختبار تفهم الموضوع»[2] الذي يُستخدم الآن علىٰ نطاق واسع، وهذا الاختبار هو ما يسمىٰ بالاختبار الإسقاطي؛ الذي يستخدم مجموعة بطاقات لاكتشاف كيف يشكل واقعُ الناس الداخليُّ رؤيتَهم للعالم. وعلىٰ عكس بطاقات رورشاخ التي استخدمناها مع المحاربين القدامىٰ، فبطاقات «اختبار تفهم الموضوع» تصور مشاهد واقعية، لكنها غامضة وإلىٰ حد ما مربكة، فعلىٰ سبيل المثال: رجل وامرأة يشيحان بنظرهما بعيدًا عن بعضهما والكآبة بادية عليهما؛ أو صبي ينظر إلىٰ آلة كمان مكسورة. وبعد عرض البطاقات علىٰ المشاركين، يُطلب منهم سرد قصص حول ما يجري داخل الصورة، وما حدث قبل ذلك، وما سيحدث بعد ذلك؛ وفي

(1) personality theory.

(2) Thematic Apperception Test (TAT).

معظم الأحيان سرعان ما يكشف تفسيرُهم للصورة عن الموضوعات المستحوذة علىٰ تفكيرهم.

قررت أنا ونينا تصميم مجموعة من بطاقات الاختبار للأطفال خصيصًا، مستندة إلىٰ صور قصصناها من المجلات التي كانت في غرفة الانتظار بالعيادة. قامت دراستنا الأولىٰ بمقارنة اثني عشر طفلًا من «عيادة الأطفال» تتراوح أعمارهم بين ستة أعوام وأحد عشر عامًا، بمجموعة أطفال من مدرسة مجاورة متطابقين معهم قدر الإمكان من ناحية العمر، والعرق، والذكاء، وكوكبة الأسرة[1]. وما كان يميّز مرضانا هي الإساءاتُ التي عانوا منها داخل عائلاتهم؛ ولقد كان من بينهم صبي أصيب برضوض شديدة جراء الضرب المتكرر من أمه؛ وفتاة تحرش بها والدها في سن الرابعة؛ وصَبيَّان تعرضا مرارًا للتقييد بالكرسي والجلد بالسياط؛ وفتاة في سن الخامسة، رأت أمَّها (التي كانت تعمل عاهرة) تُغتصب، وتُقطَّع أشلاءً، وتُحرق، وتوضع في صندوق سيارة؛ كما كان قواد الأم مشتبهًا به في انتهاك الفتاة جنسيًّا.

وكان أطفال مجموعتنا الضابطة يعيشون في منطقة يسودها الفقر والكساد في بوسطن، وكانوا يشهدون عنفًا مروّعًا بصفة دورية؛ فأثناء إجراء الدراسة، حدث في مدرستهم أن ألقىٰ أحد الأولاد بنزينًا علىٰ زميل في الفصل وأضرم النار فيه؛ كما وقع طفل آخر وسط تبادل لإطلاق النار أثناء مشيه إلىٰ المدرسة برفقة والده وصديقه، فأصيب في فخذه، وقُتل صديقه. فبالنظر إلىٰ تعرضهم لمثل هذا المستوىٰ المرتفع من العنف، فهل ستختلف استجاباتهم للبطاقات عن استجابات الأطفال المحتَجَزين في المستشفىٰ؟

تُصور إحدىٰ بطاقاتنا مشهدًا أسريًّا (انظر الصورة أدناه): طفلان مبتسمان يشاهدان بابا وهو يصلح السيارة: لقد علّقَ كل الأطفال علىٰ الخطر المحيط بالرجل لرقوده تحت السيارة، وفي حين روىٰ أطفال المجموعة الضابطة قصصًا ذات نهايات حميدة؛ سيتم إصلاح السيارة، وربما يصطحب الأب الطفلين بالسيارة إلىٰ ماكدونالدز، فقد جاء الأطفال المصدومون بقصص مروعة؛ إذ قالت إحدىٰ الفتيات أن الفتاة الصغيرة في الصورة كانت علىٰ وشك تحطيم جمجمة

أبيها بالمطرقة، كما روىٰ طفل يبلغ من العمر تسع سنوات، وكان قد تعرَّض لإساءة جسدية شديدة، روىٰ قصة مفصّلة عن قيام الصبي في الصورة بركل الرافعة، لتعصر السيارة جسد والده ويتناثر دمه في جميع أنحاء المرآب.



حينما كان مرضانا يقصّون علينا هذه القصص، كان ينتابهم حماس واضطراب شديدان، بل كنا نضطر إلىٰ قضاء وقت طويل بالخارج في الاستراحة والذهاب في تمشية قبل أن نظهر لهم البطاقة التالية؛ ولم يكن مستَغربًا أن جميعهم تقريبًا كانوا مشخَّصين باضطراب «فرط الحركة ونقص الانتباه»[1]، وكان معظمهم يتلقون عقار الـ«ريتالين» Ritalin، رغم أن العقار لم يبد أنه يُخمد تيقظهم في هذا الموقف بأي شكل من الأشكال.

(1) attention deficit hyperactivity disorder (ADHD):

اضطراب يعاني فيه الأطفال من قلة الاكتراث بما يدور حولهم مع زيادة الحركة التي لا تستهدف تحقيق غرض واضح. (ح).

كما أصدر أطفال الإساءات استجابات مماثلة تجاه صورة بريئة ظاهريًا لامرأة حامل (انظر الصورة أدناه)؛ فحين أريناها للفتاة البالغة من العمر سبع سنوات التي تعرضت للإساءة الجنسية في سن الرابعة، أخذت تتحدث عن القضبان والمهابل، كما وجَّهت لنينا -مرارًا- سؤال «كم من الناس ضاجعتِ؟»؛ وكما العديد من الفتيات الأخريات في هذه الدراسة اللاتي تعرضن لانتهاك جنسي، فقد انتابها هياج شديد بحيث اضطررنا إلىٰ التوقف. وفي المقابل فإن فتاة من المجموعة الضابطة تبلغ من العمر سبع سنوات قد التقطت روحَ الشوق الموجودة بالصورة: سيدة أرملة تنظر من النافذة في حزن، مفتقدة زوجها؛ لكن في النهاية عثرت تلك السيدةُ علىٰ رجلٍ محبٍّ ليكون أبًا صالحًا لطفلها.



ومع بطاقة تلو الأخرىٰ، رأينا أنه علىٰ الرغم من أن الأطفال الذين لم يتعرضوا للإساءات كانوا متنبهين إلىٰ المتاعب المحتملة، إلا إنهم كانوا لا يزالون واثقين بعالم حميد في جوهره؛ فلقد استطاعوا تخيل طرق للخروج من المواقف السيئة؛ ولقد بدا أنهم يشعرون بالحماية والأمان داخل عائلاتهم، كما كانوا يشعرون أنهم محبوبون من أحد الوالدين علىٰ الأقل، الأمر الذي بدا أنه يحدث فرقًا كبيرًا في حرصهم علىٰ الإقبال علىٰ الواجبات المدرسية وعلىٰ التعلم.

لكن استجابات أطفال العيادة كانت مقلقة؛ إذ أدت الصور البريئة للغاية إلىٰ إثارة شعور قوي بالخطر، والعدوان، والاستثارة الجنسية، والرعب. ومن الجدير بالذكر أننا لم نختر هذه الصور لاحتوائها علىٰ معنىٰ خفيّ يمكن للأشخاص الحساسين كشفه؛ بل كانت صورًا عادية للحياة اليومية؛ وبهذا فلا يسعنا إلا استنتاج أن في حالة للأطفال الذين تعرضوا للإساءات، يكون العالم بأكمله مليئًا بعوامل الإشعال. وطالما أنهم لا يستطيعون تخيل إلا نتائج كارثية للمواقف الحميدة نسبيًا، فإن أي شخص يسير في الغرفة، وأي شخص غريب، وأي صورة -في شاشة رقمية أو في لوحة إعلانية-، كل ذلك قد يُدرَك باعتباره نذير كارثة. وفي ضوء ذلك أصبح السلوك الغريب للأطفال الذين في «عيادة الأطفال» مفهومًا تمامًا٢.

ولدهشتي، فنادرًا ما كانت المناقشات التي يجريها الطاقم الطبي في الوحدة تشير إلىٰ الخبرات الحياتية الواقعية المروعة التي عاشها الأطفال وتأثير تلك الصدمات علىٰ مشاعرهم، وتفكيرهم، والتنظيم الذاتي؛ وبدلًا من ذلك كانت سجلاتهم الطبية مليئة بالتصنيفات التشخيصية: مثل «اضطراب السلوك[1]» أو «اضطراب المعارض المتحدي[2]» في حالة الأطفال الغاضبين والمتمردين؛ أو «الاضطراب ثنائي القطب[3]». كما كان اضطراب «فرط الحركة ونقص الانتباه» مشخَّصًا باعتباره «مراضة مرافقة[4]» لدىٰ جميع الأطفال تقريبًا. فهل كانت الصدمة التحتية محجوبة عن الأعين بطوفان التشخيصات هذا؟

حينئذ واجهنا تحديين كبيرين؛ كان الأول هو معرفة ما إذا كانت رؤية الأطفال الطبيعيين للكون بطريقة مختلفة يمكن أن تفسر مرونتهم، وعلىٰ مستوىٰ

---

(١) conduct disorder اضطراب نفسي يحدث لدىٰ الأطفال والمراهقين، ويتصف بتكرار انتهاك القواعد وعدم الاعتراف بحقوق الآخرين والتعدي عليها. (ص)، (ح).

(٢) oppositional defiant disorder اضطراب يتسم بمعارضة الآخرين وتحدي آرائهم. (ح).

(٣) bipolar disorder تم وصفه بـ «ثنائي» القطب (الاتجاه) لوجود حالتين متناقضتين في نفس المريض، إذ يمكن أن يصاب بنوبات اكتئاب تنخفض فيها الحالة المزاجية والنشاط والتفكير، أو نوبات أخرىٰ من الانشراح وزيادة النشاط وسرعة الأفكار. (ص)، (ح).

(4) comorbidity.

أعمق، كيف يصنع كل طفل خريطته للعالم؛ في حين كان السؤال الآخر -الذي لا يقل أهمية عن الأول- هو: هل يمكننا مساعدة أذهان وأدمغة الأطفال الذين عانوا من القسوة علىٰ إعادة رسم خرائطهم الداخلية وإدراج حس الثقة بالآخرين وبالنفس في المستقبل؟

رجال بلا أمهات:

إن الدراسة العلمية للعلاقة الحيوية بين الرُّضَّع وأمهاتهم قد بدأت علىٰ يد رجال إنجليز من الطبقة العليا كانوا قد تعرضوا للانفصال عن عائلاتهم في صباهم بسبب إرسالهم إلىٰ المدارس الداخلية، والتي ترعرعوا فيها وسط أوضاع صارمة أحادية الجنس؛ وفي أول زيارة لي لعيادة تافيستوك[1] الشهيرة بلندن، لاحظت مجموعة صور فوتوغرافية بالأبيض والأسود لهؤلاء الأطباء النفسيين العظماء من القرن العشرين معلقة علىٰ الحائط أثناء صعودي السلم الرئيسي: جون بولبي John Bowlby، وويلفريد بيون Wilfred Bion، وهاري جونتريب Harry Guntrip، ورونالد فيربيرن Ronald Fairbairn، ودونالد وينيكوت Donald Winnicott؛ ولقد استكشف كل واحد منهم -بمنظوره الخاص- كيف تصير خبراتنا الباكرة نماذجَ أولية لجميع اتصالاتنا اللاحقة بالآخرين، وكيف يَنشأ حِسُّنا بالذات ذو الحميمية البالغة في تفاعلاتنا المتغيرة مع مقدمي الرعاية لنا.

إن العلماء يدرسون أشد ما يحيرهم، بحيث يصبحون في أغلب الأحيان خبراء في الموضوعات التي يعتبرها الآخرون أمرًا مفروغًا منه؛ أو كما قالت لي باحثة التعلق بياترس بيب Beatrice Beebe ذات مرة: «إن أغلب البحث العلمي هو «بحثٌ لِي»». إن هؤلاء الرجال الذين درسوا دور الأمهات في حياة الأطفال هم أنفسهم قد دُفع بهم إلىٰ المدرسة في مرحلة عمرية هشة، في وقت بين السادسة والعاشرة من عمرهم، لمواجهة العالم بمفردهم قبل وقت طويل من الأوان المناسب لذلك؛ ولقد أخبرني بولبي نفسه أن مثل هذه الخبرات التي يمر الناس بها في المدرسة الداخلية هي علىٰ الأرجح ما ألهم جورج أورويل George Orwell

---

(1) Tavistock Clinic.

لتأليف روايته الشهيرة «١٩٨٤م»، التي تعبر ببراعة عن تحفُّز البشر للتضحية بكل شيء عزيز وقيّم -بما في ذلك حسهم بالذات- في سبيل أن يحبهم شخص في موقع السلطة ويرضىٰ عنهم.

نظرًا لأن بولبي كان صديقًا مقربًا للزوجين موراي، فقد كانت تتاح لي فرصة التحدث معه حول عمله كلما زار جامعة هارفارد؛ وقد علمت أنه قد وُلِد في عائلة أرستقراطية (كان والده جراحًا لبيت الملك)، وتلقىٰ تدريبًا في علم النفس، والطب، والتحليل النفسي بمعابد السلطة البريطانية[1]؛ وإثر التحاقه بجامعة كامبريدج، عمل مع فتيان الأحداث الجانحين[2] في منطقة «إيست إند» بلندن، وهو حيٌ كان قد تدمر بشدة أثناء الغارة الألمانية ومشهور بسمعته السيئة وامتلائه بالجرائم؛ وأثناء تأديته لخدمته في الحرب العالمية الثانية وعقب ذلك، لاحظ آثار عمليات الإجلاء وديار الحضانة الجماعية في زمن الحرب، والتي فصلت الأطفال الصغار عن عائلاتهم؛ كما درس تأثير الإدخال في المستشفىٰ، موضحًا أنه حتىٰ الانفصالات القصيرة قد فاقمت معاناة الأطفال (لم يكن يُسمح للوالدين آنذاك بالمكوث طوال الليل). وبحلول أواخر الأربعينيات من القرن الماضي، أصبح بولبي شخصًا غير مرغوب في مجتمع التحليل النفسي البريطاني، كنتيجة لادعائه الراديكالي بأن اضطراب سلوك الأطفال إنما هو استجابة لخبرات الحياة الواقعية -للإهمال، والقسوة، والانفصال- وليس نتاجًا للاستيهامات الجنسية[3] الطفولية. وببسالة منه كرّس بقية حياته لإنشاء ما أصبح يسمىٰ بـ «نظرية التعلق[4]»٣.

---

(1) British? establishment.

(٢) الأحداث الجانحون هم الأطفال الذين يجنحون عن قِيم المجتمع وقوانينه، ويرتكبون أفعالًا تضعهم تحت طائلة القانون. موقع moqatel.com (المترجم).

(٣) الاستيهام (التخيل) الجنسي sexual fantasy: خَيَال ذهْنِي ذُو طَبِيعَة شَبَقِيَّة يُمْكِن أن يُسَبِّب تَهَيُّجًا جِنْسِيًّا. (ح).

(4) Attachment theory.

القاعدة الآمنة:

عند دخولنا هذا العالم، نصرخ معلنين وجودنا؛ فيتفاعل معنا شخص ما علىٰ الفور، فيُحمّمنا، ويُقمّطنا[١]، ويملأ بطننا، والأفضل من ذلك كله، أن أمنا قد تضعنا علىٰ بطنها أو ثديها لنحصل علىٰ تلامس جسدي لذيذ. نحن مخلوقات اجتماعية إلىٰ حد عميق؛ تتمثل حياتنا في العثور علىٰ مكاننا داخل مجتمع البشر، وإنني لأحب تعبير الطبيب النفسي الفرنسي العظيم بيير جانيه Pierre Jane عن ذلك بقوله: «كل حياة هي عبارة عن منحوتة إبداعية، مصنوعة بكل الوسائل المتاحة».

ثم أثناء ترعرعنا، نتعلم تدريجيًا رعاية أنفسنا، جسديًا وعاطفيًا، لكننا نتلقىٰ دروسنا الأولىٰ في رعاية الذات من الطريقة التي يرعانا الآخرون بها؛ إذ يعتمد إتقان مهارة التنظيم الذاتي اعتمادًا كبيرًا علىٰ مدىٰ انسجام تفاعلاتنا الباكرة مع مقدمي الرعاية لنا، وإن الأطفال الذين يمثل آباؤهم مصدرًا مضمونًا للراحة والقوة يمتلكون ميزة دائمة طيلة حياتهم؛ نوعًا من الوسادات الهوائية يلطّف عنهم أسوأ ما يمكن أن يصيبهم القَدَر به.

لقد أدرك جون بولبي أن الأطفال مشغوفون بالوجوه والأصوات وأنهم فائقو الحساسية للتعبيرات الوجهية، ووضعية الجسد، ونبرة الصوت، والتغيرات الفسيولوجية، ووتيرة الحركة، والفعل الاستهلالي؛ وارتأىٰ أن هذه القدرة الفطرية، بكونها نتاجًا للتطور، فهي ضرورية لبقاء هذه المخلوقات العاجزة؛ كما رأىٰ أن الأطفال مبرمَجون لاختيارِ راشدٍ معين واحد (أو بضع راشدين علىٰ الأكثر) لينمو معه نظام التواصل الطبيعي الفطري الخاص بهم؛ وهذا يؤدي إلىٰ إنشاء رابطة تعلق أولية. وكلما كان الراشد أكثر استجابية للطفل، كان الارتباط أشد عمقًا وزادت احتمالية أن يُنشئ الطفلُ طرقًا صحية للاستجابة لمن حوله من الأشخاص.

---

(١) قمَّطتِ الأمُّ المولودَ: قمَطته، ضمَّت أعضاءه إلىٰ جسده ولفَّته بالقِماط، والقماط هو قطعة عريضة من قُماش أو نحوه يلف بها المولود. القاموس المحيط (المترجم).

كان بولبي يزور حديقة ريجنت بارك في لندن أحيانًا كثيرة، حيث يُجري ملاحظات منهجية للتفاعلات الحادثة بين الأطفال وأمهاتهم؛ فوجد أنه حينما كانت الأمهات يجلسن بهدوء على مقاعد الحديقة، للحياكة أو قراءة الصحف، كان الأطفال يتجولون للاستكشاف، ويلتفتون خلفهم من حين لآخر في قلق ليتأكدوا من أن «ماما» ما زالت تراقبهم؛ ولكن حين كانت تأتي إحدى الجارات إلى الأم وتستحوذ على اهتمامها بأحدث الإشاعات، حينئذ يهرول الطفل عائدًا ويبقى على مقربة، ليحرص على أنه ما زال يحظى باهتمام أمه. فحينما يلاحظ الرضَّع والأطفال الصغار أن أمهاتهم غير متصلات معهم اتصالًا تامًا، ينتابهم التوتر؛ وإذا اختفت أمهم عن الأنظار، يبدؤون في الصراخ ولا يقبلون التهدئة، ولكن بمجرد عودة أمهم، يهدؤون ويستكملون لعبهم.

لقد اعتبر بولبي أن التعلق هو القاعدة الآمنة التي ينطلق منها الطفل إلى العالم، وعلى مدى العقود الخمسة اللاحقة أثبتت الأبحاث بقوة أن امتلاك ملاذ آمن يعزز التعويل على الذات ويغرس حس التعاطف[١] وتقديم العون للآخرين المكتربين. وهذا لأن الأطفال يتعلمون من حميمية الأخذ والعطاء الخاصة برابطة التعلق أن الآخرين لديهم مشاعر وأفكار متشابهة مع ما لديهم ومختلفة عنها أيضًا؛ وبعبارة أخرى، يصبحون «متزامنين» مع بيئتهم ومع من حولهم من الأشخاص وينمّون مهارات الوعي الذاتي، والتشاعر، والتحكم في الاندفاع، والتحفيز الذاتي التي تمكنهم من أن يصيروا أعضاء مساهمين في الثقافة الاجتماعية الأوسع؛ ولقد كان الأطفال الموجودون في «عيادة الأطفال» مفتقرين إلى هذه الصفات إلى حد مؤلم.

---

(١) التعاطف (المشاركة الوجدانية) sympathy؛ مصطلح في علم النفس يُقصد به الشعور بالشفقة أو الحزن على شخص آخر في موقف سيئ، وهو مختلف عن التشاعر empathy المذكور سابقًا. (المترجم).

رقصة التناغم:

يصير الأطفال متعلقين بأي شخص يتقلد منصب مقدم الرعاية الأساسي، لكن طبيعة هذا التعلق -سواء أكان آمنًا أم غير آمن- تؤدي إلىٰ حدوث فروق كبيرة علىٰ مدار حياة الطفل. وينشأ التعلق الآمن حينما يكون تقديم الرعاية مشتملًا علىٰ تناغم انفعالي، ويبدأ هذا التناغم عند المستويات الجسدية الدقيقة في التفاعل بين الأطفال ومقدمي الرعاية، فيمنح الأطفالَ شعورًا بأن احتياجاتهم يتم تلبيتها وبأنهم مفهومون. ويقول باحث التعلق كولوين تريفارثين Colwyn Trevarthen المقيم في مدينة إدنبرة: «يقوم الدماغ بتنسيق حركات الجسم الإيقاعية ويوجهها لتعمل في تعاطف مع أدمغة الآخرين. كما أن الرُضَّع يسمعون الإيقاع ويتعلمونه من حديث أمهاتهم، حتىٰ قبل الولادة٤».

في الفصل الرابع ناقشت اكتشاف العصبونات المرآتية، وهي الرابط بين دماغنا وأدمغة الآخرين الذي يمنحنا قدرتنا علىٰ التشاعر، وتبدأ هذه الخلايا في العمل إثر ولادة الطفل مباشرة، فحينما قام الباحث أندرو ميلتزوف Andrew Meltzoff من جامعة أوريغون بضم شفتيه أو إخراج لسانه أمام أطفال يبلغون من العمر ست ساعات، قاموا فورًا بعكس أفعاله عكسًا مرآتيًّا٥ (من الجدير بالذكر أن الوِلدان لا يستطيعون تركيز بصرهم إلا علىٰ الأشياء التي تقع في نطاق ثماني إلىٰ اثنتي عشرة بوصة - بما يكفي فقط لرؤية مَن يحملهم). إن المحاكاة تعد أهم مهاراتنا الاجتماعية الرئيسية، إذ تضمن أن نلتقط تلقائيًّا سلوك آبائنا، ومعلمينا، وأقراننا ونعكسها مرآتيًا.

وإن معظم الآباء والأمهات يتواصلون مع أطفالهم بعفوية وتلقائية شديدة لدرجة أنهم بالكاد يدركون كيف يزدهر التناغم، لكنني تلقيت دعوة من صديق، إد ترونيك الباحث بمجال التعلق، منحتني فرصة ملاحظة هذه العملية عن كثب: عبر مرآة أحادية الرؤية بمختبر النماء البشري بهارفارد، شاهدت أمًّا تلعب مع ابنها البالغ من العمر شهرين، والذي كان مسندًا في مقعد رُضَّعٍ مواجهًا لها.

كانا يصدران هديلًا لبعضهما بعضًا ويستمتعان بوقتهما، إلىٰ أن انحنت الأم لتلاعب الطفل بأنفها، وفي حماسة منه شد شعرها بغتة وبقوة، فصرخت من الألم، دافعة يده بعيدًا متقبضة الوجه غاضبة؛ فترك الطفل شعرها علىٰ الفور، وتراجعا جسديًّا عن بعضهما؛ فبالنسبة لكليهما، لقد أصبح مصدر السرور مصدرًا للقلق. والخوف بادٍ عليه، رفع الطفل يديه إلىٰ وجهه ليحجب عن نفسه مشهد أمه الغاضبة، حينئذ أدركت الأم -بدورها- أن طفلها متوعك، فأعادت توجيه تركيزها إليه، وأصدرت أصواتًا مهدئة محاولةً تلطيف الجو. ظَلّ الرضيع مغطيًا عينيه، ولكن سرعان ما عاوده توقه للاتصال، فبدأ في اختلاس النظر خارجًا ليرىٰ ما إذا كان الوضع آمنًا، ليجد والدته مادة يديها نحوه والاهتمام بادٍ علىٰ وجهها؛ وحينما بدأت في دغدغة بطنه، أنزل ذراعيه ودخل في قهقهة سعيدة، وتمت استعادة الانسجام. لقد تناغم الرضيع والأم مرة أخرىٰ، واستغرق هذا التسلسل الكامل المكوّن من البهجة، والتمزق، والإصلاح، والسرور الجديد وقتًا أقل من اثنتي عشرة ثانية.

لقد أظهر ترونيك وغيره من الباحثين آنذاك أنه حينما يكون الرضيع ومقدم الرعاية متزامنين علىٰ المستوىٰ الانفعالي، يكونان كذلك متزامنين جسديًّا٦. إن الأطفال لا يستطيعون تنظيم حالاتهم الانفعالية، ناهيك عن التغيرات في معدل النبض ومستويات الهرمونات، ونشاط الجهاز العصبي المصاحب للانفعالات؛ لكن حينما يكون الطفل متزامنًا مع مقدم الرعاية، فإن حسه بالسرور والاتصال ينعكس في انتظام دقات قلبه وتنفسه وانخفاض مستوىٰ الهرمونات الكربية؛ يكون جسده هادئًا؛ وكذلك انفعالاته. وفي اللحظة التي تختل فيها هذه الموسيقىٰ -كما يحدث أحيانًا كثيرة في سياق اليوم العادي-، تتغير كذلك جميع هذه العوامل الفسيولوجية؛ وهدوء الفسيولوجيا هو ما يدل علىٰ أن التوازن قد تمت استعادته.

رغم أن الأبوين يقومان علىٰ تهدئة الوِلدان، إلا أنهما سرعان ما يشرعان في تعليم أطفالهما إطاقة مستويات أعلىٰ من التيقظ، وهي وظيفة غالبًا ما يُعهد بها إلىٰ الأب (لقد سمعت ذات مرة الأخصائي النفسي جون جوتمان John Gottman يقول: «الأم لليونة، والأب للخشونة»). إن تعلم كيفية إدارة التيقظ لهي مهارة

حياتية رئيسية، ويجب على الوالدين القيام بها نيابة عن الأطفال قبل تمكّن الأطفال من القيام بها لأنفسهم؛ فإذا أحس بقضم في بطنه يدفعه للبكاء، يجب أن نوصل إليه الثدي أو زجاجة الحليب؛ وإذا انتابه الخوف، يجب أن يحمله أحدهم ويهدهده حتىٰ يهدأ؛ وإذا ثارت أمعاؤه، يجب أن يأتي أحدهم لينظفه ويجففه؛ إذ أن ربط تلك الأحاسيس الشديدة بالأمان، والراحة، والإتقان هو أساس التنظيم الذاتي، والتهدئة الذاتية، ورعاية الذات، وهي فكرة رئيسية أعرّج عليها في شتىٰ أنحاء هذا الكتاب.

إن التعلق الآمن المصحوب بتنمية الكفاءة يشيّد مركز السيطرة الداخلي، وهو ما يعتبر العامل الرئيسي في التكيف الصحي طوال الحياة٧؛ فالأطفال ذوو التعلق الآمن يتعلمون ما الذي يشعرهم بالارتياح؛ ويكتشفون ما الذي يشعرهم (والآخرين) بالضيق، ويكتسبون حس الوكالة: أن أفعالهم يمكن أن تغيّر ما يشعرون به وكيفية استجابة الآخرين أيضًا؛ كما يتعلمون التفريق بين المواقف التي يستطيعون فيها السيطرة والمواقف التي يحتاجون فيها إلىٰ المساعدة؛ ويتعلمون أن باستطاعتهم الاضطلاع بدورٍ فاعلٍ عند مواجهة المواقف العسيرة. وعلىٰ النقيض من ذلك، فالأطفال الذين لديهم تاريخ من الانتهاك والإهمال يتعلمون أن شعورهم بالرعب، وتوسلهم، وبكاءهم، كلها أمور «عديمة المعنىٰ» بالنسبة لمقدمي الرعاية؛ إذ لا شيء مما يمكنهم فعله أو قوله يؤدي إلىٰ إيقاف الضرب أو لفت الانتباه وجلب المساعدة. ونتيجة لذلك، يُجرَىٰ تشريطهم[1] علىٰ الاستسلام عند مواجهة التحديات لاحقًا في حياتهم.

أن تصير حقيقيًا/واقعيًا

يُعتبر طبيب الأطفال والمحلل النفسي دونالد وينيكوت، المعاصر لبولبي، هو الأب الروحي لدراسات التناغم الحديثة؛ ولقد بدأت ملاحظاته الدقيقة عن

---

(١) التشريط (الإشراط) conditioning: مصطلح في علم النفس السلوكي، يصف شكلًا من أشكال التعلم الترابطي، حيث يكتسب منبهٌ معينٌ القدرةَ علىٰ استحضار استجابة الفرد الخاصة بمنبه آخر. (ويكيبيديا) (المترجم).

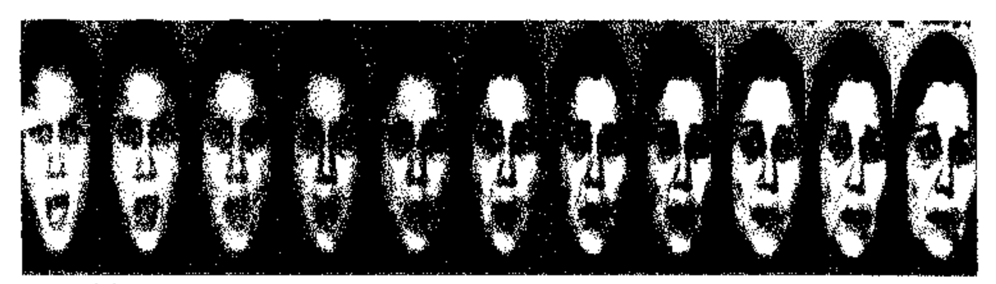
الأمهات والأطفال بالانتباه للطريقة التي تحمل بها الأمهات أطفالهن، وقد ارتأىٰ أن هذه التفاعلات الجسدية تضع أساس حس الطفل بذاته، كما تمده -إلىٰ جانب ذلك- بحس الهوية الذي يدوم طيلة الحياة؛ وأن الكيفية التي تحمل بها الأم طفلها تشكّل أساس «القدرة علىٰ الشعور بالجسد باعتباره المكان الذي تعيش فيه النفس»[8]؛ وأن إحساسنا الحشوي الحركي بالكيفية التي تُلمَس بها أجسادنا، هذا الإحساس يرسي الأساس لما نختبره باعتباره «واقعيًّا»[9].

اعتقد وينيكوت أن الغالبية العظمىٰ من الأمهات يبلين بلاءً حسنًا في تناغمهن مع أطفالهن؛ إذ لا يتطلب الأمر موهبة استثنائية لتكون ما أسماه «أمًّا جيدة بما يكفي»[10]؛ ولكن الأمور يمكن أن تسوء إلىٰ حد خطير حين تعجز الأمهات عن التناغم مع الواقع الجسدي لطفلهن؛ فإذا لم تستطع الأم تلبية اندفاعات طفلها واحتياجاته، «يتعلم الطفل أن يصير هو مفهوم الأم عن ماهية الطفل». وإن اضطرار الطفل إلىٰ استبعاد أحاسيسه الداخلية، والسعي للتوافق مع احتياجات مقدم الرعاية، معناه أن الطفل يحس بأن «هناك خطأ ما» في كينونته؛ والأطفال المفتقرون إلىٰ التناغم الجسدي هم عرضة لإطفاء التغذية الراجعة المباشرة من أجسادهم، التي تُعتبر مقرّ اللذة، والغاية، والوجهة.

في السنوات التي تلت طرح بولبي ووينيكوت لأفكارهما، أظهرت أبحاث التعلق حول العالم أن الغالبية العظمىٰ من الأطفال ذوو تعلق آمن؛ وحين يكبر هؤلاء الأطفال، فإن ماضيهم الذي كان تقديم الرعاية فيه متسمًا بالموثوقية والاستجابية سيعمل علىٰ الوقاية من الخوف والقلق؛ وإذا لم يتعرضوا لحدث حياتي طاحن -صدمة- يحطّم التنظيم الذاتي، فستدوم لديهم حالة أساسية من الأمن الانفعالي طوال حياتهم. كما يشكّل التعلق الآمن نموذجًا لعلاقات الأطفال؛ حيث يلتقطون ما يشعر به الآخرون ويتعلمون في مرحلة باكرة التفريقَ بين الهزل والجد، وينمّون قدرة جيدة علىٰ استشفاف المواقف الزائفة أو الأشخاص الخطرين. وعادةً ما يصير الأطفال ذوو التعلق الآمن زملاء لعب محبوبين ويحظون بالكثير من خبرات توكيد الذات مع أقرانهم؛ ونظرًا لتعلمهم التناغم مع الآخرين، فإنهم يميلون إلىٰ ملاحظة التغيرات الطفيفة في الأصوات

والوجوه وتعديل سلوكهم وفقًا لذلك. وبهذا يتعلمون العيش ضمن فهم مشترك للعالم وغالبًا ما يصبحون أعضاء مقدَّرين في المجتمع.

ومع ذلك، فيمكن أن ينعكس هذا التصاعد الحلزوني جراء الانتهاك أو الإهمال؛ فرغم أن أطفال الإساءات غالبًا ما يصيرون شديدي الحساسية للتغيرات في الأصوات والوجوه، إلا أنهم يميلون للاستجابة لها باعتبارها تهديدات، وليس تلميحات تحثهم على البقاء متزامنين. ولقد قام د. سيث بولاك Seth Pollak من جامعة ويسكونسن بعرض سلسلة من الوجوه على مجموعة من الأطفال الطبيعيين في سن الثامنة ثم قارن استجاباتهم مع تلك الخاصة بمجموعة أطفال يماثلونهم في العمر؛ وعند نظرهم إلى طيف التعبيرات هذا، المتدرج من الغضب إلى الحزن، كان أطفال الإساءات مفرطي اليقظة تجاه أدق قسمات الغضب١١.



حقوق الطبع والنشر محفوظة © ٢٠٠٠م، «الجمعية الأمريكية لعلم النفس[(١)]»

هذا هو أحد الأسباب التي تجعل الأطفال الذين تعرضوا لاعتداءات يتحولون إلى الوضع الدفاعي أو الخائف بسهولة شديدة؛ ولتتخيل كيف سيكون حالك حين تحاول اجتياز رواق المدرسة وسط بحر من الوجوه، وأنت تسعى لمعرفة أي منهم قد يعتدي عليك. كما أن الأطفال الذين يبالغون في رد فعلهم تجاه عدوان أقرانهم، والذين لا يلاحظون احتياجات الأطفال الآخرين، والذين يسهل انطفاؤهم أو فقدانهم السيطرة على اندفاعاتهم، هؤلاء الأطفال عرضة للنبذ والاستبعاد من دعوات المبيت أو لقاءات الترفيه؛ وفي نهاية المطاف يتعلمون

---

(1) American Psychological Association.

مواراة خوفهم عن طريق التظاهر بالخشونة، أو يقضون الكثير من الوقت بمفردهم، في مشاهدة التلفاز أو الانشغال بالألعاب الحاسوبية، وبهذا يزداد تخلفهم عن الركب في ميدان المهارات العلائقية والتنظيم الذاتي الانفعالي.

إن احتياجنا للتعلق لا يتضاءل أبدًا؛ وذلك ببساطةٍ لأن معظم البشر لا يستطيعون تحمل الانفكاك عن الآخرين لأي مدة من الزمن وإن قصرت، بل إن الذين لا يستطيعون الاتصال بالآخرين بواسطة الصداقة، أو العائلة، أو العمل، هؤلاء عادة ما يجدون طرقًا أخرىٰ للترابط؛ كالمرض، أو الدعاوىٰ القضائية، أو الخلافات العائلية؛ إن أي شيء آخر هو أفضل من تعاسة حس الاغتراب وانعدام الصلة.

قبل بضع سنوات، في عشية الكريسماس، استُدعيت لفحص صبي يبلغ من العمر أربعة عشر عامًا بسجن مقاطعة سوفولك: لقد اعتُقل جاك Jack لاقتحامه منزل جيرانه الذين كانوا في إجازة، ومن العجيب أن الشرطة قد وجدته واقفًا في منتصف غرفة المعيشة وصافرة إنذار السطو مدوية.

وكان أول سؤال طرحته علىٰ جاك هو «من الذي تتوقع أن يزورك في السجن في الكريسماس؟»، فأجاب قائلًا: «لا أحد»، «أنا لا أحظىٰ بانتباه أحدٍ أبدًا». ثم اتضح أنه كان قد اعتقل مرات عديدة أثناء ارتكابه السطو، وأنه يعرف أفراد الشرطة، وأنهم أيضًا يعرفونه. كما أخبرني -مسرورًا- أن رجال الشرطة حين رأوه واقفًا في غرفة المعيشة صاحوا قائلين: «يا إلهي، إنه جاك مجددًا، ذلك اللعين الصغير»؛ لقد عرفه شخص ما! هناك أحد يعلم اسمه! وبعد قليل وقت اعترف جاك قائلًا: «أتعلم، هذا ما يجعل الأمر جديرًا بالعناء». إن الأطفال علىٰ استعداد لفعل أي شيء تقريبًا ليشعروا أنهم مرئيون ومتصلون.

العيش مع والديك:

يمتلك الأطفال غريزة بيولوجية نحو التعلق؛ وليس لهم من الأمر شيء، فسواء أكان الأب/ الأم أو مقدم الرعاية محبًا ومكترثًا، أو نائيًا، أو متبلد الإحساس، أو رافضًا، أو حتىٰ مسيئًا، فسينمّي الأطفال أسلوب تكيفٍ مستندًا إلىٰ

سعيهم لتلبية بعض احتياجاتهم علىٰ الأقل.

ولدينا الآن طرق موثوقة لتقييم أساليب التكيف هذه وتحديدها، ويرجع الفضل الأكبر في ذلك إلىٰ العمل الذي قامت به العالمتان الأمريكيتان ماري أينسوورث Mary Ainsworth وماري مِين Mary Main، وزملاؤهما، في قضاء آلاف الساعات لمراقبة ثنائي الأم والرضيع علىٰ مدار سنوات عديدة. وبناءً علىٰ هذه الدراسات، ابتكرت أينسوورث أداة بحثية تسمىٰ «الموقف الغريب[1]»، والتي تراقب كيفية تفاعل الرضيع مع الانفصال المؤقت عن الأم. وكما لاحظ بولبي بالضبط، فالأطفال ذوو التعلق الآمن يكتربون حين تفارقهم أمهم، لكن السرور يعتريهم حين تعود، ثم بعد تفقُّد وجيز منها لحال طفلها لتطمينه، يهدأ ويستكمل لعبه.

لكن في حالة الأطفال ذوي التعلق غير الآمن تكون الصورة أكثر تعقيدًا، فحين يكون مقدم الرعاية الأساسي غير استجابي أو رافض، يتعلم الأطفال التعامل مع قلقهم بطريقتين مختلفتين؛ إذ لاحظ الباحثون أن بعضهم بدوا منزعجين من أمهم وتطلبيين في علاقتهم بها، وذلك علىٰ نحو مزمن، في حين كان البعض الآخر أكثر سالبية[2] وانسحابًا. وفي كلتا المجموعتين، فشل التواصلُ مع الأمهات في تهدئتهم؛ إذ لم يعودوا للعب برضا وسعادة، كما يحدث في التعلق الآمن.

في أحد الأنماط، يطلق عليه «التعلق التجنبي»، يبدو أن الأطفال لا يتضايقون من شيء حقًّا؛ فهم لا يبكون حين ترحل أمهم كما يتجاهلونها حين تعود. ورغم ذلك فهذا لا يعني أنهم غير متأثرين، ففي الواقع، يدل ارتفاع معدل النبض ارتفاعًا مزمنًا علىٰ أنهم في حالة فرط تيقظ دائمة. ونطلق أنا وزملائي علىٰ هذا النمط «يتعاملون ولكن لا يشعرون»١٢. ومن اللافت للنظر أن غالبية أمهات الأطفال التجنبيين يبدو أنهن ينفرن من لمس أطفالهن؛ إذ يلاقين صعوبة في

---

(1) Strange Situation.

(٢) السالبية passivity: العزوف عن الانخراط. (المترجم).

احتضانهم وحملهم، ولا يستخدمن تعبيراتهن الوجهية وأصواتهن لصناعة إيقاعات ممتعة متبادلة مع أطفالهن.

وفي نمط آخر، يطلق عليه التعلق «القَلِق» أو «المتناقض»، يسعىٰ الأطفال علىٰ نحو دائم للفت الانتباه إلىٰ أنفسهم؛ بالبكاء، أو الصياح، أو التشبث، أو الصراخ: إنهم «يشعرون ولكن لا يتعاملون»١٣. يبدو أنهم استنتجوا أنه ما لم يحدثوا جلبة، فلن ينتبه إليهم أحد. كما يتوعكون للغاية حين يجهلون مكان أمهم ولكنهم لا يشعرون بالراحة حين عودتها. ورغم أنه لا يبدو أنهم يستمتعون بصحبتها، إلا أن تركيزهم يظل منصبًّا عليها بسالبية أو غضب، حتىٰ في المواقف التي يفضل فيها الأطفال الآخرون اللعب١٤.

يعتقد باحثو التعلق أن الاستراتيجيات الثلاث «المنتظمة» (الآمنة، والتجنبية، والقَلِقة) ناجعةٌ لأنها تستجلب أفضل رعاية بمقدور مقدم الرعاية المعين تقديمها، حيث يمكن للرضع الذين يواجهون نمطًا ثابتًا من الرعاية -حتىٰ لو كان متصفًا بالبعد الانفعالي أو تبلد الإحساس-، يمكن لهم أن يتكيفوا للحفاظ علىٰ العلاقة. ولكن هذا لا يعني عدم وجود مشاكل: فغالبًا ما تدوم أنماط التعلق إلىٰ مرحلة الرشد؛ إذ يميل الدارجون[1] القلقون إلىٰ أن يصيروا راشدين قلقين، وغالبًا ما يصير الدارجون التجنبيون راشدين منفصلين عن مشاعرهم ومشاعر الآخرين (كما تسمع قول أحدهم: «لا حرج في الضرب المبرح؛ فلقد ضُربتُ في صغري وهذا ما أدىٰ إلىٰ نجاحي اليوم»). وفي المدرسة، فغالبًا ما يتنمر الأطفال التجنبيون علىٰ الأطفال الآخرين، وغالبًا ما يكون الأطفالُ القلقون ضحاياهم١٥. ومع ذلك، فالنماء لا يتبع مسارًا خَطِّيًّا، ويمكن لعديد من الخبرات الحياتية أن تتدخل مغيرةً هذه النتائج.

---

(١) الطفل الدارج toddler: طفل يتراوح عمره بين ١٢ شهرًا و٣٦ شهرًا. وفي هذا العمر يتكامل نماء الإدراك والعواطف والتطور الاجتماعي. (ح).

ولكن هناك مجموعة متسمة بتكيف أقل استقرارًا، وهي المجموعة التي تشكل الجزء الأكبر من الأطفال الذين نعالجهم وكذلك نسبة كبيرة من الراشدين الذين نراهم في عيادات الطب النفسي: منذ حوالي عشرين عامًا، بدأت ماري مين وزملاؤها بمدينة بيركلي في رصد مجموعة من الأطفال (حوالي ١٥ بالمائة من الذين أجروا عليهم الدراسات) بدوا عاجزين عن اكتشاف كيفية الانخراط مع مقدمي الرعاية، واتضح أن المشكلة الجوهرية هي أن مقدمي الرعاية أنفسهم كانوا يشكلون مصدر اكتراب أو رعب للأطفال١٦.

في هذا الموقف، ليس لدىٰ الأطفال أحدٌ يلجئون إليه، لذا يواجهون معضلة لا حل لها: إن أمهم ضرورية نجاتهم، وفي ذات الوقت تمثّل مصدر خوف١٧. «هم لا يستطيعون التقرب (الاستراتيجية الآمنة أو المتناقضة)، ولا تحويل انتباههم (الاستراتيجية التجنبية)، ولا الفرار»١٨. وإذا لاحظت هؤلاء الأطفال حين يكونون في الروضة (الحضانة) أو مختبرات التعلق، تراهم ينظرون إلىٰ والديهم عند دخولهم الغرفة ثم يشيحون بنظرهم بسرعة. ولعجزهم عن الاختيار بين السعي للقرب أو تجنب الأم/الأب، فقد يجثون علىٰ اليدين والركبتين، أو يبدون في غَيْبَة[1]، أو يرفعون ذراعيهم ويتجمدون، أو ينهضون للترحيب بالأم/الأب ثم يهوون إلىٰ الأرض. ولجهلهم بمن الذي يُعتبر آمنًا أو بمن الذي ينتمون إليه، فقد يصيرون شديدي المودة مع الغرباء أو تنعدم ثقتهم في الجميع. ولقد أسمت ماري مين هذا النمط «التعلق المشوَّش/غير المنتظم»؛ وهو عبارة عن «خوفٍ لا حل له»١٩.

أن تصبح مشوشًا في الداخل:

غالبًا ما يَقلق الآباءُ ذوو الضمير اليقظ حين يستطلعون أبحاث التعلق، لخشيتهم من أن جَزَعهم العابر أو هفواتهم العادية في التناغم قد يلحق ضررًا دائمًا بأطفالهم؛ ففي الحياة الواقعية، يتحتم وجود حالات سوء فهم، واستجابات غير ملائمة، وإخفاقات في التواصل؛ ونظرًا لأن الآباء والأمهات تفوتهم

(١) trance حالة تشبه النوم يحدث فيها تغير الوعي ونقص الوعي للمحيط. (ح).

الأمارات أو يكونون ببساطة منشغلين بأمور أخرىٰ، فغالبًا ما يُترك الأطفال بمفردهم لاكتشاف كيف يمكنهم تهدئة أنفسهم. وضمن حدود معينة، فلا يمثل هذا مشكلة؛ إذ أن الأطفال بحاجة إلىٰ تعلم كيفية التعامل مع الإحباطات وخيبات الأمل. فمع مقدمي الرعاية «الجيدين بما يكفي»، يتعلم الأطفال أن الاتصالات المقطوعة يمكن إصلاحها؛ والقضية الحاسمة هي ما إذا كان بإمكانهم إدراج الشعور بالأمان الحشوي مع أبويهم أو غيرهم من مقدمي الرعاية٢٠.

في دراسة حول أنماط التعلق لدىٰ أكثر من ألفي رضيع من بيئات «عادية» منتمية للطبقة الوسطىٰ، وُجد أن ٦٢ بالمائة آمنون، و١٥ بالمائة تجنبيون، و٩ بالمائة قلقون (ويُعرفون أيضًا بالمتناقضون)، و١٥ بالمائة مشوشون٢١. ومن المثير للاهتمام أن هذه الدراسة الكبيرة أظهرت أن جنس الطفل ومزاجه الأساسي لهما تأثير ضئيل علىٰ أسلوب التعلق؛ فعلىٰ سبيل المثال: إن الأطفال ذوي المزاج «الصعب» ليسوا أكثر عرضة لتكوين النمط المشوش، كما أن أطفال الفئات الاجتماعية والاقتصادية الدنيا من المرجح أن يصبحوا مشوشين٢٢، إذ غالبًا ما يكون الآباء والأمهات تحت ضغوط شديدة بسبب عدم الاستقرار الاقتصادي والأسري.

إن الأطفال الذين لا يشعرون بالأمان في مرحلة الرضاعة يواجهون مع تقدمهم في السن صعوبة في تنظيم حالتهم المزاجية واستجاباتهم الانفعالية؛ فبحلول مرحلة رياض الأطفال، يصبح العديد من الأطفال المشوشين إما عدوانيين وإما منفصلين عما حولهم ومنفكين، وبمرور الوقت تنشأ لديهم مجموعة من المشكلات النفسانية٢٣؛ كما يظهرون قدرًا أكبر من الكرب الفسيولوجي، مُعبرًا عن نفسه في معدل النبض، وتغيرية معدل النبض٢٤، واستجابات الهرمونات الكربية، وانخفاض عوامل المناعة٢٥. هل هذا النوع من الاختلال البيولوجي يعاد ضبطه تلقائيًا إلىٰ الوضع الطبيعي حين ينضج الطفل أو ينتقل إلىٰ بيئة آمنة؟ علىٰ حد ما نعلمه الآن، فهذا لا يحدث.

الإساءة الوالدية ليست هي السبب الوحيد للتعلق المشوش: فالآباء والأمهات المستغرقون في صدماتهم الخاصة، كالعنف المنزلي أو الاغتصاب

أو وفاة أحد الوالدين أو الإخوة مؤخرًا، قد لا يكونون مستقرين ولا متسقين من الناحية الانفعالية لتقديم الراحة والحماية٢٦،٢٧. ففي حين أن جميع الآباء والأمهات يحتاجون إلىٰ كل مساعدة ممكنة لتربية أطفال آمنين، فإن الآباء والأمهات المصدومين -علىٰ وجه الخصوص- يحتاجون إلىٰ المساعدة في أن يكونوا متناغمين مع احتياجات أطفالهم.

لا يدرك مقدمو الرعاية في معظم الأحيان أنهم غير متناغمين، وأتذكر بوضوح شريط فيديو عرضَتْه عليّ بياتريس بيبي٢٨ Beatrice Beebe كان فيه أم شابة تلعب مع رضيعها ذي الثلاثة أشهر، وكان كل شيء يسير علىٰ ما يرام حتىٰ تراجع الطفل وأدار رأسه بعيدًا، مشيرًا إلىٰ أنه بحاجة إلىٰ استراحة؛ لكن الأم لم تلتقط تلميحه، وكثفت جهودها لإشراكه بتقريب وجهها من وجهه ورفع صوتها؛ وحين ازداد في انكماشه، واصلت هزَّه ولكزه، وبنهاية المطاف بدأ في الصراخ. حينئذ وضعته الأم علىٰ الأرض وابتعدت والاغتمام بادٍ عليها؛ كان من الواضح أنها شعرت باستياء شديد، لكنها ببساطة فاتتها التلميحات المعنيّة. ومن السهل أن نتخيل كيف يمكن لهذا النوع من سوء التناغم، بتكرره مرارًا، أن يؤدي شيئًا فشيئًا إلىٰ انفصال مزمن (وأي شخص قام بتربية طفل كثير البكاء أو مفرط الحركة يعرف مدىٰ سرعة ارتفاع التوتر حين لا يبدو أن هناك شيئًا يحدث فرقًا). فإذا أخفقت الأم إخفاقًا مزمنًا في تهدئة طفلها وإقامة تفاعل وجهيّ ممتع معه، فمن المرجح أن ينتهي بها الحال إلىٰ اعتباره طفلًا صعبًا يشعرها بالفشل، فتتخلىٰ عن السعي إلىٰ إراحة طفلها.

في الممارسة العملية، غالبًا ما يكون من الصعب التمييز بين المشكلات الناتجة عن التعلق المشوش وبين تلك الناتجة عن الصدمة: إذ غالبًا ما تكون متداخلة، ولقد درست زميلتي راشيل يهودا معدلات الإصابة باضطراب الكرب التالي للصدمة لدىٰ سكان نيويورك الراشدين الذين تعرضوا للاعتداء أو الاغتصاب٢٩؛ ووُجد أن الذين كانت أمهاتهم ناجيات من الهولوكوست ومصابات باضطراب الكرب التالي للصدمة، كان معدل نشأة المشاكل النفسية الخطيرة بعد هذه الخبرات المؤلمة أعلىٰ لديهم بدرجة ملحوظة. والتعليل الوجيه

لهذا الأمر هو أن التربية التي تلقوها تركت لهم هشاشة فسيولوجية، جاعلة من الصعب عليهم استعادة توازنهم بعد وقوع الانتهاك. كما وجدت يهودا هشاشةً مماثلة لدىٰ أطفال النساء اللاتي كن حبالىٰ بهم وبداخل مركز التجارة العالمي في ذلك اليوم المهلِك عام ٢٠٠١م.

وبالمثل، فإن ردود فعل الأطفال تجاه الأحداث المؤلمة تتحدد إلىٰ حد كبير بمدىٰ هدوء أبويهم أو اكترابهما. فقد أظهر تلميذي السابق جلين ساكس، الذي يشغل الآن منصب رئيس قسم الطب النفسي للأطفال والمراهقين بجامعة نيويورك، أنه حينما يُدخَل الأطفال في المستشفىٰ لعلاجهم من الحروق الشديدة، يمكن التنبؤ بنشوء اضطراب الكرب التالي للصدمة لديهم استنادًا إلىٰ مدىٰ الأمان الذي كانوا يشعرون به مع أمهم٣١؛ إذ أن الأمان الذي يصبغ تعلقهم بأمهم قد تنبأ بكمية المورفين المطلوبة لإلجام الألم؛ فكلما كان التعلق أكثر أمانًا، قلت الحاجة إلىٰ مسكنات الألم.

وهناك زميل آخر، وهو كلود شيمتوب Claude Chemtob، الذي يدير «برنامج بحوث الصدمات الأسرية»[1] بمركز لانغون الطبي بجامعة نيويورك، قام بإجراء دراسة علىٰ ١١٢ طفلًا من مدينة نيويورك كانوا قد شهدوا عيانًا الهجمات الإرهابية يوم ١١ سبتمبر٣٢؛ ووجد أن الأطفال الذين تم تشخيص أمهاتهم باضطراب الكرب التالي للصدمة أو الاكتئاب أثناء فترة المتابعة كانوا أكثر عرضة ست مرات للإصابة بمشكلات انفعالية جسيمة وأكثر عرضة ١١ مرة لفرط العدوانية في الاستجابة لخبراتهم. كما أظهر الأطفال الذين كان أبوهم مصابًا باضطراب الكرب التالي للصدمة مشاكل سلوكية كذلك، لكن شيمتوب اكتشف أن هذا التأثير غير مباشر وينتقل عن طريق الأم (فالعيش مع زوج غضوب أو منسحب أو مرعوب من المرجح أن يوقع عبئًا نفسيًّا كبيرًا علىٰ الشريك، بما في ذلك الاكتئاب).

---

(1) Family Trauma Research Program.

إذا لم يكن لديك حس داخلي بالأمان، يصبح من الصعب التمييز بين مواطن الأمان والخطر؛ وإذا كان الخَدَر شعورًا مزمنًا لديك، فقد تشعرك المواقف الخطرة بالمحيا؛ وإذا استنتجت أنك شخص شنيع لا محالة (وإلا فلماذا عاملك والداك بتلك الطريقة التي عاملاك بها؟)، فإنك تبدأ في توقُّع أن يعاملك الآخرون ببشاعة؛ وأنك علىٰ الأرجح مستحق لذلك، وعلىٰ أية حالٍ فما من شيء تستطيع فعله حيال ذلك. وحين يحمل الأشخاص المشوشون إدراكات ذاتية كهذه، يتبرمجون للإصابة بصدمات من الخبرات اللاحقة٣٣.

الآثار البعيدة للتعلق المشوش:

في أوائل الثمانينيات من القرن الماضي، بدأت زميلتي كارلين ليونز روث Karlen Lyons-Ruth -باحثة التعلق بجامعة هارفارد-، بدأت في تصوير فيديوهات للتفاعلات المباشرة بين الأمهات وأطفالهن الرضع عند عمر ستة أشهر، واثني عشر شهرًا، وثمانية عشر شهرًا؛ ثم قامت بتصويرهم مرة أخرىٰ حين صار الأطفال في الخامسة من العمر ومجددًا حين صاروا في السابعة أو الثامنة٣٤. وكانوا جميعًا من عائلات عالية الاختطار: ١٠٠ بالمائة منهم كانت تنطبق عليهم المعايير الفيدرالية للفقر، كما كان حوالي نصف الأمهات غير متزوجات.

ولقد ظهر التعلق المشوش بشكلين مختلفين: بدت مجموعة من الأمهات منشغلات للغاية بقضاياهن الخاصة بحيث تعذر عليهن الاهتمام بأطفالهن الرضع، كما كنَّ في أغلب الأحيان تطفليات وعدائيات؛ وكان حالهن متذبذبًا بين السلوك الرافض لأطفالهن الرضع وبين التصرف كما لو كن يتوقعن منهم الاستجابة لاحتياجاتهن. في حين بدت مجموعة أخرىٰ من الأمهات عاجزات وخائفات؛ لقد كن في أغلب الأحيان متسمات بالرِّقة أو الانكشاف، لكنهن كن يجهلن كيف يتصرفن كراشدات في العلاقة، وبدا أنهن يردن من أطفالهن أن يعملوا علىٰ إراحتهن. كما فشلن في الترحيب بأطفالهن بعد غيابهن لفترة من الوقت، ولم يقمن بحمل أطفالهن حين اكترابهم. لكن لم يكن باديًا أن الأمهات يفعلن هذه الأمور عمدًا؛ لقد كن ببساطة جاهلات بكيفية التناغم مع أطفالهن والاستجابة

لتلميحاتهم، وبالتالي فشلن في إراحتهم وتطمينهم. ولقد كان وقوع الإساءة الجسدية و/أو شهود العنف المنزلي في مرحلة الطفولة موجودًا بنسبة أكبر في ماضي الأمهات العدائيات/التطفليات، في حين كان فقد الأم/الأب أو الانتهاك الجنسي (وليس الجسدي) موجودًا بنسبة أكبر في ماضي الأمهات المنسحبات/الاعتماديات٣٥. ولطالما كنت أتساءل أنّىٰ للوالدين أن يسيئوا إلىٰ أطفالهم! فرغم كل شيء، فإن تربية ذُرِّيةٍ سويةٍ يقع في صميم حِسّنا الإنساني بالغاية والمعنىٰ؛ إذن ما الذي يقود الآباء والأمهات إلىٰ تعمد انتهاك أطفالهم أو إهمالهم؟ ثم أمدني بحث كارلين بإحدىٰ الإجابات: عند مشاهدة مقاطع الفيديو التي صوّرَتها، استطعت أن أرىٰ الأطفال يصيرون أشد ممانعة للتهدئة، أو عبوسًا، أو مقاومة لأمهم غير المتناغمة؛ وفي الوقت نفسه، كانت الأمهات يَصِرن محبطات، ومنهكات، وعاجزات، بشكل متزايد في تفاعلاتهن. وبمجرد أن تصل الأم إلىٰ النظر لطفلها علىٰ أنه ليس شريكًا لها في علاقة متناغمة، وإنما علىٰ أنه شخص أجنبي جالب للإحباط، ومثير للحنق، ومنفصل، حينئذ يصبح الطريق ممهدًا للإساءة اللاحقة.

بعد حوالي ثمانية عشر عامًا، حين صار هؤلاء الأطفال في عمر العشرين تقريبًا، أجرت ليون روث دراسة متابعة[١] لترىٰ كيف كانوا يتكيفون مع الحياة: لقد كبُرَ الأطفال الذين كانوا يعانون من اضطراب شديد في أنماط التواصل الانفعالي مع أمهم في عمر الثمانية عشر شهرًا، ليصيروا شبابًا ذوي حس غير مستقر بالذات، ودفعانية مدمرة للذات (بما في ذلك التبذير، والسِّفاح، ومعاقرة المواد، والقيادة المتهورة، والأكل الشره) ومتسمين بالغضب الشديد الجامح، والسلوك الانتحاري المتكرر.

لقد توقعت كارلين وزملاؤها أن السلوك العدائي/الاقتحامي من جانب الأمهات سيكون أقوىٰ مؤشر علىٰ عدم الاستقرار النفسي لدىٰ أطفالهن الراشدين،

---

(١) Follow-Up Study: دراسة تتناول أفرادًا أو جماهير تم انتقاؤهم علىٰ أساس تعرضهم لعامل خطر أو لبعض الإجراءات الوقائية أو العلاجية المحددة أو يكون لديهم خصائص معينة وتتم متابعتهم في هذه الدراسة لتقييم نتيجة التعرض، أو الإجراءات، أو تأثير وقوع المرض. (ح).

لكنهم اكتشفوا نقيض ذلك؛ إذ كان تأثير الانسحاب الانفعالي هو الأشد عمقًا والأبعد مدىٰ. لقد تم ربط البعد الانفعالي وانقلاب الأدوار (حيث كانت الأمهات يتوقعن من أطفالهن أن يعتنوا بهن)، تم ربطهما لدىٰ الشباب بالسلوك العدواني تجاه الذات والآخرين.

التفارق: الدراية وعدم الدراية:

كانت ليونز روث مهتمة خصيصًا بظاهرة التفارق، التي تتجلىٰ في الشعور بالضياع، والانسحاق، والهجر، والانفصال عن العالم وفي النظر للذات علىٰ أنها غير محبوبة، وخاوية، وعاجزة، ومحاصرة، ومثقلة الكاهل. كما اكتشفَت علاقة «مذهلة ومفاجئة» بين الانفكاك الأمومي وسوء التناغم خلال أول عامين من الحياة وبين الأعراض التفارقية في مرحلة الرشد. وتختتم ليونز روث بحثها بأن الرضَّع الذين لم تكن أمهم تراهم بصدقٍ ولا علىٰ دراية حقيقية بهم، هؤلاء الأطفال معرضون لخطر أن يصيروا مراهقين عاجزين عن الدراية والرؤية٣٦».

إن ما يتعلمه الأطفال الذين يعيشون داخل علاقات آمنة لا يقتصر علىٰ توصيل إحباطاتهم وضيقهم، بل يتضمن أيضًا توصيل ذاتهم البازغة -اهتماماتهم، وتفضيلاتهم، وأهدافهم؛ كما أن تلقي الاستجابة التعاطفية يخفف عن الرضَّع (وكذلك الراشدون) أقصىٰ درجات التيقظِ المرتعب. ولكن إذا تجاهل مقدمو الرعاية احتياجاتك، أو امتعضوا من وجودك ذاته، فستتعلم استباق الرفض والانسحاب. وقد تجاهد لمواكبة الأمر بالتعامي عن عدائية أمك أو إهمالها لك، فتتصرف كما لو أن هذا غير مهم، ولكن غالبًا ما يظل جسدك في حالة تأهب قصوىٰ، مستعدًّا لتفادي الضربات، أو الحرمان، أو الهجر. ولهذا فالتفارق معناه الدراية وعدم الدراية في آن واحد٣٧.

لقد كتب بولبي قائلًا: «ما لا يمكن توصيله إلىٰ الأم/الآخر لا يمكن توصيله إلىٰ الذات»؛ وإذا كنت عاجزًا عن إطاقة ما تدريه أو تشعر به، فخيارك الوحيد هو الإنكار والتفارق٣٩. وربما يكون التأثير الأشد تدميرًا علىٰ المدىٰ البعيد لهذا الانطفاء هو عدم شعور المرء بالواقعية في الداخل، وهي حالة رأيناها

لدىٰ الأطفال في «عيادة الأطفال» ونراها أيضًا لدىٰ الأطفال والبالغين الذين يأتون إلىٰ «تروما سنتر». وحين لا تشعر بالواقعية، يفقد كل شيء أهميته، مما يجعل من المستحيل أن تقوم بحماية نفسك من الخطر؛ أو قد تلجأ إلىٰ التطرف في سعي منك للشعور بأي شيء؛ وقد يصل بك الحال إلىٰ جرح نفسك بشفرة حلاقة أو إلىٰ الدخول في عراك جسدي مع الغرباء.

أظهر بحث كارلين أن التفارق يتم تعلمه في مرحلة باكرة؛ إذ أن الإساءات اللاحقة أو الصدمات الأخرىٰ لم تكن مسؤولة عن الأعراض التفارقية لدىٰ الشباب٤٠. لقد كانت الإساءة والصدمة مسؤولتين عن العديد من المشاكل الأخرىٰ، ولكن ليس عن التفارق أو العدوان تجاه الذات، المزمنَين. لقد كانت القضية التحتية الجوهرية هي أن هؤلاء المرضىٰ كانوا يجهلون كيفية الشعور بالأمان، فقد أدىٰ افتقارهم إلىٰ الأمان في العلاقة الباكرة الخاصة بتقديم الرعاية، أدىٰ إلىٰ عطب الحس بالواقع الداخلي وفرط الالتصاق، وسلوك تدمير الذات: ولم يشارك الفقر، أو الأبوة الفردية، أو الاضطرابات النفسية للأم في التنبؤ بهذه الأعراض.

هذا لا يعني أن إساءات الطفولة لا صلة لها بالأمر٤١، ولكن جودة تقديم الرعاية الباكرة تمثل أهمية بالغة في الوقاية من مشاكل الصحة النفسية، بغض النظر عن الصدمات الأخرىٰ٤٢. ولهذا يجب ألا يقتصر العلاج النفسي علىٰ تناول آثار الأحداث الصادمة المعينة؛ بل يجب أن يتناول أيضًا التبعات الخاصة بعدم انعكاس المرء لدىٰ الآخرين، وتناغمهم معه، وتقديمهم له رعاية ومودة مستمرتين: التفارق وفقدان التنظيم الذاتي.

استعادة التزامن:

ترسم أنماطُ التعلق الباكرة خرائطَنا الداخلية التي تحدد معالم علاقاتنا طيلة حياتنا، ليس فقط فيما يتعلق بما نتوقعه من الآخرين، ولكن أيضًا فيما يتعلق بمقدار الراحة واللذة التي يمكن أن نختبرها في وجودهم. وإنني لأشك أن الشاعر إدوارد كامينجز E. Cummings كان سيقدر علىٰ تأليف أبياته المبهجة «يحلو

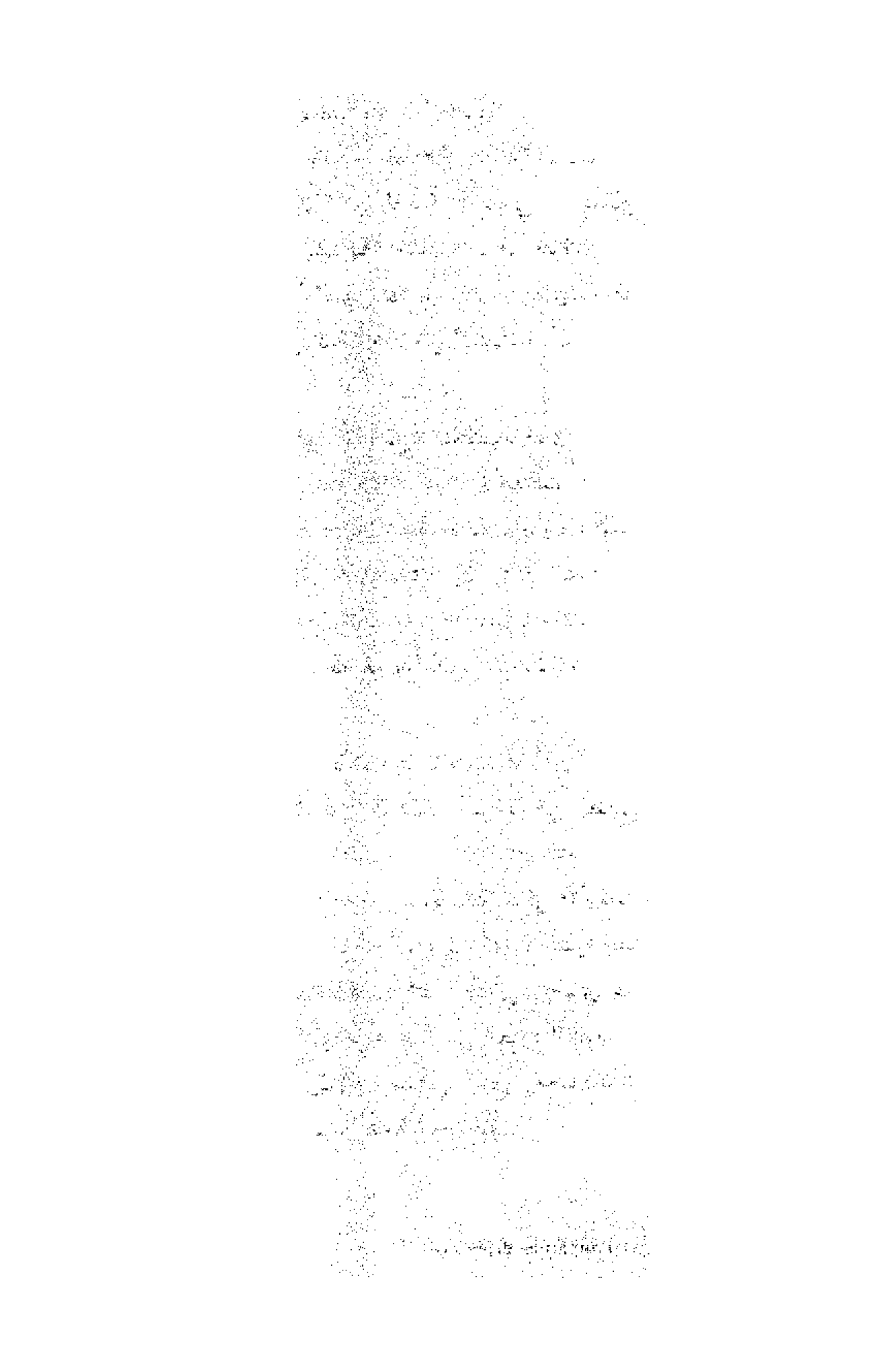
لي جسدي حين يكون برفقتك . . . . تنتعش العضلات والأعصاب وتتقد» لو أن خبراته الحياتية الأولىٰ كانت عبارة عن وجوه جامدة ونظرات عدائية٤٣. كما أن خرائط علاقاتنا ذات طبيعة راسخة، إذ هي منحوتة في الدماغ الانفعالي ولا يمكن تغييرها وتبديلها ببساطة بمجرد فهم طريقة نشأتها؛ فقد تدرك أن خوفك من الحميمية له علاقة بالاكتئاب التالي للولادة[1] الذي أصاب أمك أو بحقيقة أنها نفسها قد تعرضت للتحرش في طفولتها، لكن هذا وحده من المستبعد أن يشرح صدرك للانخراط مع الآخرين بسعادة وثقة.

ومع ذلك، فقد يساعدك هذا الإدراك علىٰ البدء في استكشاف طرق أخرىٰ للاتصال في العلاقات، وهذا لمصلحتك الخاصة ولئلا تورّث لأطفالك التعلق غير الآمن؛ كما أناقش في الباب الخامس عددًا من المقاربات لمداواة أنظمة التناغم التالفة بواسطة التدريب علىٰ الإيقاعية والتبادلية٤٤. إن تزامن المرء مع ذاته والآخرين يتطلب تكامل حواسنا الجسدية -البصر، والسمع، واللمس، والتوازن-، وإذا لم يحدث هذا في مرحلتي الرضاعة والطفولة المبكرة، يزداد احتمال الإصابة بمشكلات التكامل الحسي لاحقًا.

إن التزامن معناه أن تنسجم بواسطة تبادل الأصوات والحركات التي تصلك بالخارج، والتي هي جزء لا يتجزأ من الإيقاعات الحسية اليومية في الطهي والتنظيف، والخلود للنوم والاستيقاظ؛ وبهذا فالتزامن معناه تبادل التعبيرات الوجهية المضحكة والأحضان، أو التعبير عن السرور أو الاستنكار في الأوقات الملاءمة، أو تبادل رمي الكرة والتقاطها، أو الغناء سويًا. وفي «تروما سنتر» قمنا بتصميم برامج لتدريب الآباء علىٰ الاتصال والتناغم، كما أخبرني مرضاي عن العديد من الطرائق الأخرىٰ التي تكسبهم التزامن، بدءًا من الغناء الكورالي فالرقص الثنائي فالالتحاق بفرق كرة السلة وفرق موسيقىٰ الجاز ومجموعات موسيقىٰ الحجرة. وهذا كله يعزز الشعور بالتناغم والمتعة الجماعية.

---

(1) Postpartum depression.



الفصل الثامن
متكبل في العلاقات
تكلفة الانتهاك والإهمال

«رحلة الإبحار الليلية» هي رحلة التوغل في جوانب ذاتنا، تلك الجوانب المفصولة، المجهولة، المنبوذة، المطرودة، المنفية، المتبرأ منها، المتفور منها، ثم الخروج منها إلىٰ شتىٰ عوالم الوعي الداخلية .... والهدف من هذه الرحلة هو لم شملنا مع ذاتنا. كما أن تلك العودة للوطن قد تكون مؤلمة، بل وحشية. ومن أجل القيام بها، يجب أن نتفق قبل كل شيء علىٰ عدم نفي أي شيء.

- ستيفن كوب Stephen Cope

مارلين Marilyn هي امرأة طويلة رياضية المظهر في منتصف الثلاثينيات من العمر، وكانت تعمل ممرضة غرفة عمليات ببلدة مجاورة، وأخبرتني إثر مجيئها إلي أنها قبل بضعة أشهر كانت قد بدأت تلعب التنس في ناديها الرياضي المعتاد برفقة رجل إطفاء من بوسطن يُدعىٰ مايكل Michael، وقالت إنها عادة ما تتفادىٰ الرجال، لكنها شيئًا فشيئًا أصبحت مرتاحة لمايكل بما يكفي لقبول دعواته للخروج سويًّا بعد مبارياتهما لتناول البيتزا؛ فكانا يتحدثان عن التنس، والأفلام، وأبناء الإخوة والأخوات؛ وكانت الأمور الشخصية جدًّا غائبة عن ميدان الحديث. ولقد بدا لها أن مايكل يستمتع بصحبتها، لكنها كانت تقول لنفسها إنه لا يعرفها حق المعرفة.

وفي أمسية سبت من شهر أغسطس، بعد التنس والبيتزا، دعته للمبيت في شقتها. ولقد وصفت أنها شعرت بـ «التوتر واللاواقعية» بمجرد أن صارا في خلوة، كما كانت تتذكر أنها طلبت منه أن التأني والتروّي، ولكنها لم تكن تتذكر إلا القليل جدًّا بخصوص ما حدث بعد ذلك. وبعد بضعة أكواب من النبيذ ومشاهدة حلقة من مسلسل «القانون والنظام» Law & Order، غلبهما النوم سويًّا في سريرها. وفي حوالي الساعة الثانية صباحًا، تقلب مايكل أثناء نومه، وحين شعرت مارلين أن جسده يلمس جسدها، ثارت كالبركان؛ فأخذت تلكمه، وتخمشه وتعضه، وتصرخ فيه: «أيها الوغد، أيها الوغد!» فاستيقظ مايكل مفزوعًا، والتقط متعلقاته وفرّ من البيت. وعقب رحيله، ظلت مارلين جالسة في سريرها ساعات عديدة، مذهولة مما حدث. بعد ذلك ظلت تشعر بخزي شديد وكرهت نفسها بسبب ما صدر منها، ثم جاءت إليّ حينئذ لمساعدتها في التعامل مع رعبها من الرجال ونوبات حنقها التي لا يمكن تفسيرها.

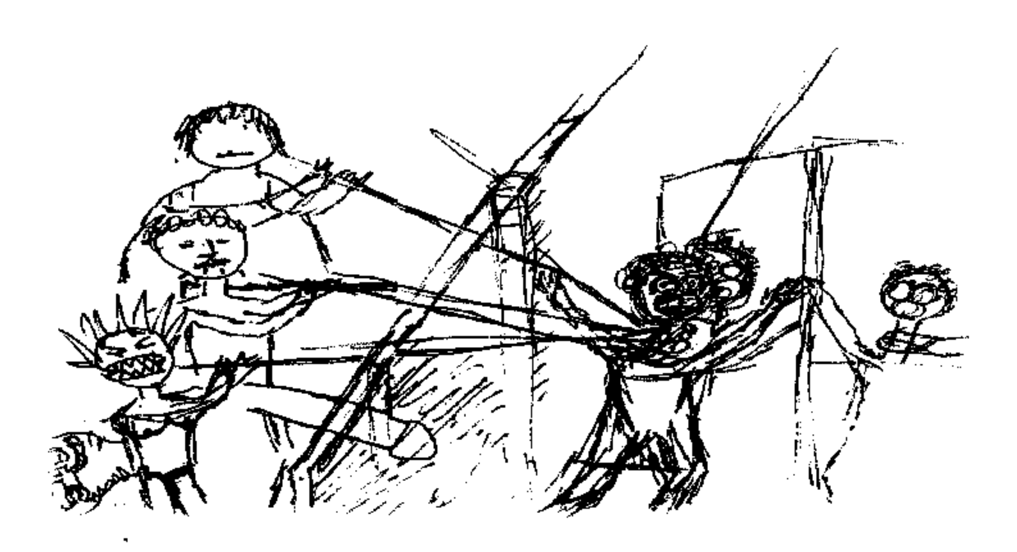
ولقد أعدَّني عملي مع المحاربين القدامىٰ للإنصات إلىٰ القصص المؤلمة كقصة مارلين دون محاولة القفز الفوري إلىٰ إصلاح المشكلة؛ إذ غالبًا ما يبدأ العلاج بتناول بعض السلوكيات التي لا يمكن تفسيرها: مهاجمة خليلك في منتصف الليل، أو الشعور بالرعب حين ينظر شخص ما في عينيك، أو أن تجد نفسك مغطىٰ بالدماء بعد جرح نفسك بقطعة زجاج، أو تعمد التقيؤ بعد كل وجبة؛ في حين أن الأمر يستغرق وقتًا وصبرًا للسماح للواقع الكامن وراء هذه الأعراض بالكشف عن نفسه.

الرعب والخدر:

أثناء حديثنا، أخبرتني مارلين أن مايكل كان أول رجل تصطحبه إلىٰ بيتها منذ أكثر من خمس سنوات، لكن هذه ليست المرة الأولىٰ التي يطير صوابها أثناء مبيت رجل معها. وكررت أنها كانت دائمًا تشعر بالتوتر والانفصال حين تصير بمفردها مع أحد الرجال؛ كما كانت هناك أوقات أخرىٰ حيث كانت «تستفيق» في شقتها، لتجد نفسها منكمشة في زاوية، عاجزة عن تذكر ما حدث بوضوح.

قالت مارلين أيضًا إنها تشعر كما لو أنها «تتظاهر» بعيش الحياة؛ إذ كانت في العادة تشعر بالخدر، باستثناء حين لعب التنس في النادي أو وجودها في غرفة العمليات. قبل بضع سنوات من ذلك الحين، اكتشفت أنها تستطيع تخفيف خدرها عن طريق خدش نفسها بشفرة حلاقة، لكن الخوف اعتراها لمّا اكتشفت أنها تجرح نفسها علىٰ نحو متزايد، وبعمق متزايد في كل مرة، كل ذلك من أجل أن ترتاح. كما كانت قد جرّبت الكحول، لكن ذلك ذكَّرها بوالدها وسكره الجامح، مما أشعرها بالاشمئزاز من نفسها. لذا، بدلًا من ذلك، كانت تلعب التنس بحماسة مفرطة، كلما سنحت لها الفرصة، وكان هذا يشعرها بأنها علىٰ قيد الحياة.

عندما سألت مارلين عن ماضيها، قالت إنها تظن أنها «بلا شك قد حظيت» بطفولة سعيدة، لكنها لم تكن تتذكر سوىٰ القليل جدًّا مما قبل سن الثانية عشر. كما أخبرتني أنها كانت مراهقة خجولة ورقيقة، إلىٰ أن خاضت مواجهة عنيفة مع أبيها السِّكِّير حين كانت في سن السادسة عشر وهربت من المنزل؛ ثم شقت طريقها عبر معهد محلي ثم واصلت لنيل شهادة في التمريض بدون أي مساعدة من والديها. لكنها كانت تشعر بالخزي من أنها خلال تلك الفترة نامت مع رجال كثر، الأمر الذي وصفته بـ«البحث عن الحب في جميع الأماكن الخاطئة».



ومثلما كنت أفعل في أغلب الأحيان مع المرضىٰ الجدد، طلبت منها رسم صورة أسرية، ولما رأيت رسمتها (المستنسخة أعلاه)، قررت أن أتأنىٰ وأتروىٰ؛ فلقد اتضح جليًّا أن مارلين تحمل بداخلها بعض الذكريات الفظيعة، لكنها عاجزة عن السماح لنفسها بتمييز ما تكشف عنه رسمتُها: لقد رسمت طفلة جامحة ومرعوبة، محاصرة في قفص من نوع ما، ومهددة ليس فقط من ثلاثة شخصيات كابوسية -إحداها بلا عينين- بل أيضًا من قضيب ضخم منتصب بارز في فضائها. ورغم ذلك، فقد قالت هذه المرأة إنها «بلا شك قد حظيت» بطفولة سعيدة.

كما كتب الشاعر ويستان أودن W. H. Auden:

كالحب والغفلة، امتعضَتْ الحقيقة   من التنبيهات الصريحة الشديدة!

إنني أسمّي هذا الأمر «قاعدة أودن»، ولالتزامي بها فلم أتعمد دفع مارلين إلىٰ إخباري بما تتذكره. في الحقيقة، لقد تعلمت أنه ليس من المهم لي أن أعلم كافة التفاصيل المتعلقة بصدمة المريض؛ فالمهم هو أن يتعلم المرضىٰ أنفسُهم إطاقةَ الشعور بما يشعرون به وعلم ما يعلمونه، وقد يستغرق هذا أسابيع أو حتىٰ سنوات. ثم قررت البدء في علاج مارلين بواسطة دعوتها للانضمام إلىٰ مجموعة علاجية قائمة، حيث يمكنها أن تجد الدعم والقبول قبل مواجهة المحرك الداخلي المسئول عن الارتياب، والخزي، والحنق الذي تعاني منه.

وكما توقعت، وصلت مارلين إلىٰ أول لقاء جماعي والرعب بادٍ عليها، كالفتاة التي في صورة أسرتها؛ وكانت منسحبة ولم تتواصل مع أي شخص. ولقد انتقيتُ هذه المجموعة لها لأن أعضاءها لطالما كانوا يقدمون العون والقبول للأعضاء الجدد الخائفين جدًّا من التحدث، فلقد عرفوا من خبرتهم الخاصة أن كشف الأسرار عملية تدريجية؛ لكنهم فاجؤوني هذه المرة، حيث طرحوا العديد من الأسئلة التطفلية حول حياة مارلين العاطفية لدرجة أنني تذكرت رسمتها للفتاة الصغيرة الواقعة تحت الاعتداء. وبدا الأمر كما لو أن مارلين قد قامت عن غير قصد بتجنيد المجموعة لتكرار ماضيها الصدمي، لذا تدخلت لمساعدتها علىٰ وضع بعض الحدود حول ما ستتحدث عنه، ثم بدأَت في الاستقرار.

بعد ثلاثة أشهر، أخبرت مارلين المجموعة بأنها تعثرت ووقعت بضع مرات على الرصيف بين مترو الأنفاق وعيادتي، وأنها تخشى أن بصرها بدأ يضعف، كما كانت تخفق في صد كثير من كرات التنس مؤخرًا؛ حينئذ فكرتُ مجددًا في رسمتها والطفلة الجامحة ذات العينين الضخمتين المرتعبتين: هل كان هذا نوعًا من «تفاعل التحول»[1]، حيث يعبِّر المرضى عن صراعاتهم بواسطة فقدان الوظيفة في جزء ما من جسدهم؟ فلقد عانى جنود كثر في الحربين العالميتين من شلل لم يمكن عزوه إلى إصابات جسدية، كما كنت قد رأيت حالات «عَمَى هستيري» في المكسيك والهند.

ومع ذلك، فبكوني طبيبًا، فلم أكن على وشك استنتاج أن «كل ذلك مجرد أوهام في رأسها» دون مزيد من التقييم، لذا قمت بإحالتها إلى زملائي بـ «مستوصف ماساتشوستس للعين والأذن» طالبًا منهم القيام بفحوصات دقيقة للغاية، وبعد عدة أسابيع أتت نتائج الاختبارات. كانت مارلين مصابة بالذئبة الحمامية لشبكية العين[2]، وهو مرض مناعي ذاتي يلتهم بصرها، وكانت بحاجة إلى علاج فوري. لقد انتابني الفزع؛ فلقد كانت مارلين ثالث شخص في ذلك العام أشتبه في أن لديه تاريخ من إتيان المحارم ثم يشخَّص بعد ذلك بمرض مناعي ذاتي، مرض فيه يبدأ الجسم بمهاجمة نفسه.

بعد تأكدي من أن مارلين تتلقى الرعاية الطبية المناسبة، استشرت اثنين من زملائي بـ «مستشفى ماساتشوستس العام»، الطبيبان النفسيان سكوت ويلسون Scott Wilson وريتشارد كرادين Richard Kradin، اللذين كانا يديران مختبر المناعيات هناك، وأخبرتهما بقصة مارلين، كما أريتهما الصورة التي رسمتها، ثم طلبت منهما أن يتعاونا معي في القيام بدراسة، فتطوعا بسخاء بوقتهما وبالتكاليف الباهظة للفحوصات المناعية الشاملة. حينئذ قمنا بتوظيف اثنتي عشرة امرأة لديها تاريخ من إتيان المحارم ولا تتلقى أي أدوية بصورة موصولة، بالإضافة إلى اثنتي

(١) conversion reaction يقصد بهذا المصطلح التحول إلى الإصابة بأعراض طبية -مثل الشلل أو العمى أو فقدان النطق- نتيجة لعوامل نفسية. (ص)

(2) lupus erythematosus of her retina.

عشرة امرأة لم يتعرضن لصدمة بتاتًا ولا يتلقين أي أدوية بصورة موصولة كذلك؛ وتلك مجموعة ضابطة أدهشتنا في صعوبة العثور عليها (لم تكن مارلين ضمن الدراسة؛ ونحن عمومًا لا نطلب من مرضانا الإكلينيكيين أن يكونوا جزءًا من جهودنا البحثية).

عندما اكتملت الدراسة وتحليل البيانات، أفاد ريتشارد أن مجموعة الناجين من إتيان المحارم لديهم شذوذ في نسبة CD45 RA/RO، مقارنة بأقرانهم غير المصدومين. إن خلايا CD45هي «خلايا الذاكرة» الخاصة بجهاز المناعة، وبعض هذه الخلايا، المسماة خلايا RA، تكون مُنشَّطة نتيجة التعرض السابق للذيفانات (السموم)[1]؛ حيث تستجيب استجابة سريعة للتهديدات البيئية التي واجهتها من قبل. أما خلايا RO، علىٰ النقيض من ذلك، فتكون محفوظة في وضع احتياطي من أجل مواجهة التحديات الجديدة؛ حيث تُوقَد للتعامل مع التهديدات التي لم يواجهها الجسم من قبل. وبهذا تُعتبر نسبة RA/RO هي التوازن القائم بين الخلايا التي تميز الذيفانات المعروفة وبين الخلايا التي تنتظر معلومات جديدة لتَنْشَط. وفي المرضىٰ الذين لديهم تاريخ من إتيان المحارم تكون نسبة خلايا RA المستعدة للانقضاض أكبر من الطبيعي، وهذا يجعل الجهاز المناعي مفرط الحساسية للتهديد، بحيث يكون متأهبًا للدفاع عند عدم الحاجة إلىٰ أي شيء، حتىٰ إذا كان هذا معناه مهاجمة خلايا الجسم نفسه.

لقد أظهرت دراستنا أن أجساد ضحايا إتيان المحارم، علىٰ المستوىٰ العميق، تواجه صعوبة في التفرقة بين الخطر والأمان، وهذا يعني أن البصمة التي تركتها الصدمة الماضية لا تشتمل فحسب علىٰ الإدراك المشوَّه للمعلومات القادمة من الخارج؛ بل إن الكائن الحي نفسه يواجه مشكلة أيضًا في معرفة كيفية الشعور بالأمان؛ إن الماضي ليس منطبعًا فحسب في أذهانهم، وفي سوء تفسير الأحداث البريئة (كما حدث حين هاجمت مارلين مايكل لأنه لمسها دون قصد أثناء نومها)، ولكن أيضًا في صميم كينونتهم: في أمان جسدهم٢.

---

(1) toxins.

تمزُّق خريطة العالم:

كيف يتعلم الناس ما هو آمن وما هو غير آمن، ما الذي يدخل وما الذي ينبغي أن يظل بالخارج، ما الذي يجب مقاومته وما الذي يمكن استقباله بأمان؟ إن أفضل طريقة لفهم تأثير انتهاك الطفل وإهماله هي بالإنصات إلىٰ ما يمكن أن يعلمنا إياه أشخاص مثل مارلين، وأحد الأشياء التي اتضحت حين ازدادت معرفتي بها هو أن لديها منظورًا فريدًا حول الكيفية التي يسير بها العالم.

في مرحلة الطفولة، نبدأ الرحلة ونحن مركز كوننا، حيث نفسر كل ما يحدث من وجهة نظر أنانية. وإذا واصل آباؤنا وأمهاتنا أو أجدادنا إخبارنا بأننا ألطف وألذ شيء في العالم، فإننا لا نشكك في حكمهم -لا بد وأننا كذلك بالضبط. وفي أعماقنا، ومهما كان ما نتعلمه بعد ذلك عن أنفسنا، سنحمل هذا الحس معنا: أننا رائعون في الأساس. ونتيجة لذلك، فإذا صاحبنا لاحقًا شخصًا يعاملنا معاملة سيئة، فسيثار حنقنا؛ ولن نكون مرتاحين بذلك: فهذا ليس مألوفًا؛ هذا ليس شبيهًا بالوطن. ولكن إذا عانينا من الانتهاك أو التجاهل في مرحلة الطفولة، أو ترعرعنا في أسرة يُتعامل فيها مع الجنسانية باشمئزاز، فحينئذ تصبح خريطتنا الداخلية منطوية علىٰ رسالة مختلفة؛ حيث يصبح حسنا بالذات متسمًا بالحقارة والذلة، وغالبًا ما نظن أن «هو (أو هي) يحيط علمًا بما ننوي فعله»، كما نفشل في الاحتجاج إذا تعرضنا لسوء المعاملة.

لقد شكَّل ماضي مارلين منظورَها في كل العلاقات؛ حيث كانت مقتنعة بأن الرجال ليس لديهم أي اكتراث لمشاعر الآخرين وأنهم يحصلون عل أي شيء يريدون ثم يفلتون بفعلتهم؛ كما لا يمكن الوثوق بالنساء أيضًا؛ فهن أضعف من أن يدافعن عن أنفسهن، كما أنهن يبعن أجسادهن لاستمالة الرجال للاعتناء بهن؛ وإذا وقعت في مشكلة، فلن يحركن ساكنًا لمساعدتك. كان هذا المنظور للعالم يُظهر نفسه في الأسلوب الذي تتعامل به مارلين مع زملائها وزميلاتها في العمل: كانت ارتيابية تجاه دوافع أي شخص يعاملها بلطف وتجابههم عند أدنىٰ زيغ عن

لوائح مهنة التمريض. أمّا فيما يتعلق بها هي شخصيًا، فقد كانت بذرة فاسدة؛ شخصًا سامًّا في جوهره يؤدي إلىٰ لحاق الأمور السيئة بمن حولها.

حين كنت أقابل في بادئ أمري مرضىٰ شبيهين بمارلين، كنت أتصدىٰ لأسلوب تفكيرهم وأحاول مساعدتهم علىٰ النظر للعالم بطريقة أكثر إيجابية ومرونة؛ لكن ذات يوم، كانت هناك امرأة اسمها كاثي **Kathy**، قامت بتقويمي: في ذلك اليوم تأخرتْ إحدىٰ أعضاء المجموعة عن الجلسة لأن سيارتها تعطلت، فألقت كاثي باللوم علىٰ نفسها فورًا: «لقد رأيت كم كانت سيارتك متهالكة الأسبوع الماضي؛ وكان ينبغي أن أعرض عليك إيصالك معي»؛ بل قد تصاعد انتقادها للذات إلىٰ درجة أنها -بعد دقائق قليلة فحسب- صارت تتحمل مسؤولية الانتهاك الجنسي الذي تعرضت له: «أنا من جلبت هذا الأمر لنفسي: كان عمري سبع سنوات وكنت أحب بابا، وكنت أرغب في أن يحبني، ففعلت ما كان يريده مني. لقد كان الخطأ مني أنا». ثم حين تدخلتُ لتطمينها، قائلًا: «فلتتحلي بالجدية يا كاثي!، لقد كنت مجرد فتاة صغيرة؛ ولقد كان والدك هو المسئول عن حفظ الحدود»، وإذ بكاثي تلتفت نحوي قائلة: «أتعلم يا بيسل، إنني أعرف مدىٰ أهمية أن تكون معالجًا نفسيًّا جيدًا، ولهذا فحين تُدلي بتعليقات غبية كهذه، فعادةً ما أشكرك بشدة؛ فرغم كل شيء، أنا إحدىٰ الناجيات من إتيان المحارم؛ وقد تدربت علىٰ الاهتمام باحتياجات الرجال الكبار غير المطمئنين. لكن بعد مرور عامين، فأنا أثق بك بما فيه الكفاية لإخبارك أن هذه التعليقات تصيبني بشعور فظيع. أجل، أنت محق؛ أنا ألوم نفسي تلقائيًّا علىٰ أي شيء سيئ يحدث لمن حولي؛ وأعلم أن هذا ليس عقلانيًّا، كما أشعر بالغباء الشديد لأني أشعر بذلك، لكن ذلك هو ما أشعر به. وحين تحاول أن تقنعني بأن أكون أكثر منطقية، فلا يشعرني هذا إلا بمزيد من الوحدة والعزلة - وهذا يوطد الشعور بأن ما من أحد في العالم بأسره سيفهم أبدًا كيف تبدو الحياة من مكاني».

لقد شكرتها بصدق علىٰ تعقيبها، وسعيت منذ ذلك الحين إلىٰ عدم إخبار مرضاي أنه ينبغي عليهم ألا يشعروا بما هم شاعرون به. ولقد علمتني كاثي أن مسؤوليتي أعمق من ذلك بكثير: أنني يجب أن أساعدهم في إعادة بناء خريطتهم الداخلية للعالم.

وكما ذكرت في الفصل السابق، فقد أظهر باحثو التعلق أن مقدمي الرعاية الأوائل لا يقتصر ما يقدمونه علىٰ إطعامنا، وإلباسنا، وإراحتنا حين التوعك، بل يشكلون أيضًا الكيفية التي يدرك بها دماغُنا سريعُ النمو الواقعَ المحيط بنا؛ إذ تقوم تفاعلاتنا مع مقدمي الرعاية بتبليغنا بما هو آمن وما هو خطير: مَن يمكننا التعويل عليه ومن سيخذلنا؛ وما يتوجب علينا القيام به لتلبية احتياجاتنا؛ ثم تتجسد هذه المعلومات في نسيج دوائرنا الدماغية وتشكل نموذجًا لكيفية نظرنا لأنفسنا وللعالم المحيط بنا. كما تصير هذه الخرائط الداخلية راسخة عبر الزمن رسوخًا ملفتًا للنظر.

ورغم ذلك، فلا يعني هذا أن خرائطنا لا يمكن أن تتغير بواسطة الخبرات؛ إذ أن علاقة عاطفية عميقة -وخاصة خلال مرحلة المراهقة، حين يمر الدماغ مرة أخرىٰ بفترة من التغير الكبير- بإمكانها أن تحدث تحولًا كبيرًا فينا؛ وكذلك إنجاب طفل، إذ غالبًا ما يعلمنا أطفالنا كيف نحب. فلا يزال بمقدور الراشدين الذين عانوا من الانتهاك أو الإهمال في طفولتهم أن يتعلموا جمال الحميمية والثقة المتبادلة أو المرور بخبرة روحية عميقة تفتح أعينهم علىٰ الكون الأكبر. وفي المقابل، فإن خرائط الطفولة التي لم تتعرض للتلويث يمكن أن تصاب بتشوه شديد نتيجة التعرض للاغتصاب أو الاعتداء في مرحلة الرشد، بحيث يعاد توجيه جميع المسارات إلىٰ اليأس أو الرعب. وتكون هذه الاستجابات غير منطقية وبالتالي لا يمكن تغييرها بمجرد إعادة تأطير المعتقدات غير العقلانية. إن خرائطنا للعالم مشفرة في الدماغ الانفعالي، ولهذا فتغييرها معناه وجوب إعادة تنظيم ذلك الجزء من الجهاز العصبي المركزي، وهو موضوع باب العلاج في هذا الكتاب.

ورغم ذلك، فإن تعلم التعرف علىٰ الأفكار والسلوكيات غير العقلانية يمكن أن يكون خطوة أولىٰ مفيدة؛ إذ غالبًا ما يكتشف أشخاص مثل مارلين أن افتراضاتهم ليست مماثلة لتلك الخاصة بأصدقائهم؛ وإذا كانوا محظوظين، فسيخبرهم أصدقاؤهم وزملاؤهم بالكلام (وليس بالأفعال) أن ارتيابهم وكراهيتهم لذاتهم يجعلان التعاون صعبًا. لكن هذا نادرًا ما يحدث، ولقد كانت خبرة مارلين خبرة نموذجية: فبعد اعتدائها علىٰ مايكل، لم يعد لديه أي اهتمام علىٰ الإطلاق

بإصلاح الأمور، وبهذا خسرت صداقته وأيضًا شريكها المفضل في التنس. وعند هذه النقطة، يبدأ الأشخاص الأذكياء والشجعان مثل مارلين، الذين يحافظون علىٰ فضولهم وإصرارهم في وجه الهزائم المتكررة، يبدؤون في البحث عن المساعدة.

بشكل عام، يستطيع الدماغ العقلاني أن يتغلب علىٰ الدماغ الانفعالي، طالما أن مخاوفنا غير مستولية علينا (علىٰ سبيل المثال، يمكن للخوف الذي تشعر به حين يوقفك كمين شرطة أن يتحول فورًا إلىٰ امتنان حين يحذرك الشرطي أن هناك حادث طريق بالأمام)؛ ولكن في اللحظة التي نشعر فيها بأننا متكبلون أو خانقون أو مرفوضون، نكون عرضة لتنشيط الخرائط القديمة ولاتباع توجيهاتها. وبهذا فالتغير يبدأ حين نتعلم «امتلاك زمام» دماغنا الانفعالي، وهذا يعني تعلم ملاحظة وإطاقة الأحاسيس فاطرة القلوب ومفتتة الأكباد التي تدوّن البؤس والذلة. إن تعلم تحمُّل ما يجري بالداخل أمر لازم للبدء في مصادقة -وليس طمس- مشاعرنا التي تبقي خرائطنا راسخة ومتحجرة.

تعلُّم التذكُّر:

بعد حوالي عام من انضمامها لمجموعة مارلين، طلبت عضوة أخرىٰ، ماري Mary، الإذن للتحدث عما حدث لها حين كانت في الثالثة عشر من عمرها. كانت ماري تعمل حارسة سجن، وكانت متورطة في علاقة سادية مازوخية مع امرأة أخرىٰ. وأرادت أن تكون المجموعة علىٰ دراية بخلفيتها علىٰ أمل أن يصيروا أكثر تسامحًا مع ردود فعلها المتطرفة، كميلها إلىٰ الانطفاء أو الانفجار استجابة لأدنىٰ استفزاز.

أخبرتنا ماري، وهي تجاهد لإخراج الكلمات، أنها ذات مساء، حين كانت في الثالثة عشر من عمرها، تعرضت للاغتصاب من شقيقها الأكبر مع عصبة من أصدقائه، وقد أدىٰ الاغتصاب إلىٰ حدوث حمل، فقامت أمها بإجهاضها يدويًا في البيت، فوق طاولة المطبخ. لقد تناغمت المجموعة بحساسية مع ما تشاركه ماري وأخذوا يخفِّفون عنها وهي تبكي. ولقد تأثرتُ بشدة بتشاعرهم هذا؛

إذ كانوا يواسون ماري بطريقة لا بد وأنهم كانوا يودون لو أن أحدًا استخدمها للتخفيف عنهم حين واجهوا صدمتهم أول الأمر.

وعندما انتهىٰ وقت الجلسة، سألَت مارلين ما إذا كان من الممكن أن تأخذ بضع دقائق أخرىٰ لتتحدث عما اختبرته أثناء الجلسة، فوافقَت المجموعة، ثم قالت لنا: «بسماعي هذه القصة، أشك في أنني كنت أنتهك نفسي جنسيًّا». حتمًا كنت مذهولًا! فبناءً علىٰ رسمة أسرتها، فقد كنت طيلة الوقت مفترضًا أنها كانت تدرك -بدرجة ما علىٰ الأقل- أن هذا هو الحال؛ إذ أنها قد تفاعلت كضحية إتيان محارم حين استجابتها لمايكل، كما كان السلوك المزمن الصادر عنها هو أن العالم مكان مرعب.

ورغم أنها قد رسمت فتاة متعرضة للانتهاك الجنسي، إلا أنها -أو علىٰ الأقل «ذاتها المعرفية اللفظية»- لم يكن لديها أي فكرة عن حقيقة ما حدث لها. إن جهازها المناعي، وعضلاتها، ونظام خوفها لم ينسوا ما حدث، لكن عقلها الواعي كان مفتقرًا إلىٰ القصة التي يمكن أن تُوصِّل الخبرة. لقد كانت تعيد تمثيل صدمتها في حياتها، لكن لم يكن لديها أي سرد للرجوع إليه. وكما سنرىٰ في الفصل الثاني عشر، فالذاكرة الصدمية تختلف بطرق معقدة عن التذكر العادي، كما تتضمن طبقات عديدة من الذهن والدماغ.

باستثارة قصة ماري لها، وبالتحفيز الناجم عن الكوابيس التي أعقبت ذلك، بدأت مارلين علاجًا فرديًّا معي حيث شرعت في التعامل مع ماضيها: في بادئ الأمر، اختبرتْ موجات من الرعب الشديد المتحرر من القيود، لذا حاولتْ التوقف عن المجيء للجلسات، وظلت متغيبة لبضعة أسابيع، لكن عندما وُجدت أنها لم تعد قادرة علىٰ النوم واضطرت إلىٰ أخذ إجازة من العمل، عادت واستكملت جلساتنا. وكما أخبرتني لاحقًا: «إن معياري الوحيد لمعرفة ما إذا كان الموقف ضارًّا هو الشعور، و«هذا سيقتلني إذا لم أتحرر منه» ».

شرعتُ في تعليم مارلين فنيّات التهدئة، مثل صب التركيز علىٰ التنفس العميق -شهيق وزفير، شهيق وزفير، في ستة أنفاس بالدقيقة- مع تتبُّع أحاسيس

النَفَس في جسدها. كما كان هذا مصحوبًا بالنقر على نقاط الضغط الإبري، مما ساعدها علىٰ تفادي الانسحاق. كما تناولنا اليقظة الذهنية: وهي تعلم كيفية إبقاء عقلها حيًّا أثناء السماح لجسدها بالشعور بالمشاعر التي ترهبها، مما مكّن مارلين شيئًا فشيئًا من الرجوع خطوة للوراء ومراقبة خبرتها، بدلًا من استيلاء مشاعرها عليها فورًا. لقد كانت سابقًا تحاول تخفيف هذه المشاعر أو إطفائها بشرب الكحول وممارسة الرياضة، لكنها حينئذ بدأت تشعر بالأمان الكافي لتذكُّر ما حدث لها في طفولتها. وحين امتلكت زمام أحاسيسها الجسدية، بدأت أيضًا في امتلاك القدرة علىٰ التفريق بين الماضي والحاضر: فالآن إذا شعرت أن ساق شخص ما تلامسها أثناء الليل، حينئذ تتمكن من تمييز أنها ساق مايكل، ساق شريك التنس الوسيم الذي دعته إلىٰ شقتها، وهذه الساق ليست خاصة بأي شخص آخر، ولا يعني تلامسها أن شخصًا ما يحاول التحرش بها. لقد مكّنها السكون من أن تفقه -فقهًا مكتملًا وجسديًّا- أنها امرأة في الرابعة والثلاثين من العمر وليست فتاة صغيرة.

عندما شرعت مارلين أخيرًا في ولوج ذكرياتها، بزغت هذه الذكريات كارتدادات ذكروية لورق حائط غرفة نومها وقت أن كانت طفلة، فأدركت أن هذا هو ما كانت تركز عليه حينما كان والدها يغتصبها في الثامنة من عمرها؛ إذ كان تحرشه يصيبها برعب يفوق قدرتها علىٰ التحمل، لذا كانت بحاجة إلىٰ طرد ذلك الأمر من بنك ذاكرتها؛ فرغم كل شيء، فلقد كانت مضطرة إلىٰ مواصلة العيش مع هذا الرجل، أبيها، الذي يعتدئ عليها. كما تذكرت مارلين أنها لجأت إلىٰ أمها لتحميها، ولكن حينما كانت تهرع إليها وتحاول إخفاء نفسها بدفن وجهها في عباءة والدتها، لم تكن تجد منها سوىٰ عناق فاتر؛ وفي بعض الأحيان كانت أمها تظل صامتة؛ وفي أحيان أخرىٰ تبكي أو تعنّف مارلين لأنها «أغضبت أبيها للغاية». هذه الصبية المرعوبة لم تجد أحدًا يحميها، يوفر لها ركنًا شديدًا أو ملجأً.

كما كتب رونالد سومت Roland Summit في دراسته الكلاسيكية «متلازمة التكيف مع الانتهاك الجنسي الطفلي»[1] إن الابتدار، والإرهاب، والوسم،

---

(1) The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome.

والانعزال، والعجز، ولوم الذات، كل ذلك يقوم علىٰ الواقع المرعب للانتهاك الجنسي للطفل؛ فأي محاولات من جانب الطفل لإفشاء السر ستواجَه بتحالف راشدي متمثل في السُّكوت وعدم التصديق: «متقلقش من حاجة زي كده؛ ده لا يمكن يحصل أبدًا في عيلتنا»، «إزاي حتىٰ يخطر في بالك حاجة بالبشاعة دي؟!»، «مش عايزة أسمعك بتقولي كلام زي ده تاني أبدًا!». ومن ثم يصير الطفل العادي لا يسأل ولا يخبر أبدًا[٣].

بعد أربعين عامًا من اشتغالي بهذه المهنة، ما زلت أسمع من حين لآخر صوتًا بداخلي يقول «هذا أمر لا يصدَّق» حين يخبرني المرضىٰ عن طفولتهم؛ وغالبًا ما يعتريهم الارتياب مثلي تمامًا؛ فكيف يمكن للوالدين أن يوقعوا مثل هذا التعذيب والإرهاب علىٰ أطفالهم؟ كما يواصل جانب منهم الإصرارَ علىٰ أنه لا بد وأنهم قد اختلقوا تلك الخبرة أو أنهم يبالغون في الأمر. كما يشعر جميعهم بالخزي مما حدث لهم، ويلومون أنفسهم -فعلىٰ مستوىٰ ما، يعتقدون اعتقادًا راسخًا أن هذه الأمور الشنيعة قد فُعلَت بهم لأنهم أشخاص شنيعون.

بدأت مارلين آنذاك في استكشاف كيف قد تعلمت الطفلةُ الواهنة الانطفاءَ والإذعان لكل ما كان يُطلب منها، فوجدت أنها كانت تفعل ذلك بملاشاة نفسها من الواقع: في اللحظة التي كانت تسمع فيها خطوات أبيها في ردهة البيت خارج غرفة نومها، كانت «تحلِّق بذهنها في السحاب». ولقد قامت مريضة أخرىٰ من مريضاتي، كانت قد مرت بخبرة مشابهة، برسم صورة توضح كيفية سير هذه العملية. عندما يبدأ والدها في لمسها، كانت تلاشي وجودها؛ حيث كانت تطير إلىٰ السقف، وتنظر تحتها إلىٰ فتاة صغيرة مجهولة في السرير[٤]؛ بل كانت تشعر بالسرور لأنها لم تكن هي فعلًا- لقد كانت فتاة أخرىٰ مجهولة تتعرض للتحرش.



وبنظري إلىٰ هذه الرؤوس، التي يفصلها ضباب منيع عن أجسادها، انفتح ذهني بشدة علىٰ خبرة التفارق، الذي يُعدّ أمرًا شائعًا جدًّا بين ضحايا إتيان المحارم. كما أدركَت مارلين نفسُها لاحقًا أنها، في مرحلة الرشد، ظلت تواصل الطيران إلىٰ السقف متىٰ ما وجدت نفسها في موقف جنسي؛ ففي الفترة التي كانت فيها أكثر نشاطًا جنسيًّا، أحيانًا ما كان يخبرها الشريك عن مدىٰ روعتها في السرير هذه المرة؛ أنه بالكاد عرفها، بل أن أسلوبها في الحديث كان مختلفًا. ولم تكن في العادة تستطيع تذكر ما قد حدث، لكن في أحيان أخرىٰ كان الغضب يتملكها وتصير عدوانية. لم يكن لدىٰ مارلين أدنىٰ حس بكنهها الجنسي، لذا ظلت تنسحب شيئًا فشيئًا من المواعدة كليةً - إلىٰ أن جاء مايكل.

أن تكره بيتك:

ليس للأطفال من الأمر شيء فيما يتعلق بكينونة أبويهم، ولا بمقدورهم استيعاب أن الأبوين قد يكونان ببساطة في حالة اكتئاب أو حنق أو انفصال عن المحيط لدرجة أنهما عاجزان عن التواجد من أجلهم أو أن سلوكهما قد لا يكون له علاقة بهم. ولا خيار أمام الأطفال سوىٰ تعديل أنفسهم للنجاة داخل أسرتهم؛ فعلىٰ عكس الراشدين، ليس لديهم سلطة أخرىٰ يلجؤون إليها للحصول علىٰ

المساعدة - فأبواهم هما السلطة. كما لا يستطيعون استئجار شقة أو الانتقال للعيش مع شخص آخر: إن بقاءهم مرتهن بمقدمي الرعاية لهم.

يحس الأطفال -حتىٰ لو لم يتلقوا تهديدًا صريحًا- بأنهم إذا تحدثوا مع مدرسيهم عما يتعرضون له من ضرب أو تحرش فسيؤدي هذا إلىٰ وقوع عقاب عليهم؛ لذا فبدلًا من ذلك يركزون طاقتهم علىٰ عدم التفكير فيما حدث وعدم الشعور ببقايا الرعب والهلع الموجودة في أجسادهم. ولعجزهم عن إطاقة الدراية بما اختبروه، فهم أيضًا عاجزون عن استيعاب أن غضبهم، أو رعبهم، أو انهيارهم له صلة ما بتلك الخبرة. ولذلك فهم لا يتكلمون؛ ثم يكون سلوكهم وتعاملهم مع مشاعرهم بواسطة الحنق، أو الانطفاء، أو الإذعان، أو العناد.

كما أن الأطفال مبرمجون للولاء التام لمقدمي الرعاية، حتىٰ لو كانوا يتعرضون لسوء المعاملة منهم، وهذا لأن الرعب يزيد من الاحتياج إلىٰ التعلق، حتىٰ لو كان مصدر الراحة هو أيضًا مصدر الرعب. وإن جميع الأطفال دون سن العاشرة الذين التقيت بهم وكانوا يتعرضون للتعذيب في بيتهم (بل وأصيبوا بكسور في عظامهم وحروق في جلدهم نتيجة لذلك) لم أجد منهم أحدًا قط، عند تخييره، لم يختر المكوث مع أسرته بدلًا من أن يوضع في دار تبني. ومن المسلم به أن التشبث بالمسيء ليس مقتصرًا علىٰ مرحلة الطفولة؛ إذ هناك رهائن دفعوا كفالات للإفراج عن آسريهم، أو أعربوا عن رغبتهم في الزواج منهم، أو أقاموا علاقات جنسية معهم؛ وغالبًا ما يتستر ضحايا العنف المنزلي علىٰ من يسيئون إليهم، فكثيرًا ما يخبرني القضاة عن مدىٰ شعورهم بالإهانة حين يحاولون حماية ضحايا العنف المنزلي بإصدار أوامر زجرية، ليتفاجؤوا بعد ذلك أن العديد منهن يسمحن سرًّا لشركائهن بالعودة.

لقد استغرقت مارلين وقتًا طويلًا إلىٰ أن أصبحت مستعدة للحديث عن الانتهاك الذي عانت منه: لم تكن مستعدة لانتهاك ولائها لعائلتها -كانت تشعر في أعماقها أنها لا تزال بحاجة إليهم لحمايتها من مخاوفها. لكن ثمن هذا الولاء هو شعور لا يطاق متمثل في الوحدة واليأس، والحنق الحتمي الناجم عن العجز؛ فالحنق الذي لا يجد قناة يجري فيها يعاد توجيهه نحو الذات، في هيئة اكتئاب،

وكراهية للذات، وأفعال مدمرة للذات. ولقد قالت لي إحدىٰ مريضاتي: «الأمر شبيه بأن تكره بيتك: مطبخك، وأوانيك، ومِقلَياتك، وسريرك، وكراسيك، وطاولتك، وسجادك». فلا شيء يعطيك شعورًا بالأمان- ناهيك عن جسدك.

يتمثل التحدي الرئيسي في تعلم الثقة: لقد أرسلت لي واحدةٌ أخرىٰ من مريضاتي، وهي مدرّسة اغتصبها جدُّها مرارًا قبل بلوغها السادسة من عمرها، أرسلت إلي البريد الإلكتروني التالي: «بدأت أتفكر في خطر فتح قلبي لك أثناء الازدحام المروري في طريق العودة عقب انقضاء جلستنا، ثم، حين سلكت طريق «١٢٤»، أدركت أنني قد انتهكت قاعدة عدم التعلق، بك وبتلاميذي».

ثم أثناء اجتماعنا التالي أخبرتني أنها تعرضت للاغتصاب من مدرس المختبرات في الكلية، فسألتها ما إذا كانت قد التمست المساعدة وقدمت شكوىٰ ضده، فأجابت قائلة: «لم أستطع دفع نفسي إلىٰ طريق المركز الطبي»، «لقد كنت في حاجة ماسة إلىٰ المساعدة، لكن عندما وقفت هناك، شعرت في أعماقي السحيقة أنني سألاقي مزيدًا من الأذىٰ ليس إلا، وأغلب الظن أن هذا كان ما سيحدث. وبطبيعة الحال، تحتم علي إخفاء ما حدث عن والدَيّ - وعن أي شخص آخر».

بعد أن أخبرتها أنني مكترث لما يجري معها، كتبت لي بريدًا إلكترونيًا آخر: «أحاول تذكير نفسي بأنني لم أفعل شيئًا لأستحق مثل هذه المعاملة منك، وأظن أنني لم يسبق لي أن نظر إليّ أحدٌ بهذه الطريقة وقال إنه قلق عليّ، وأنا متمسكة بهذا كأنه كنز: فكرة أنني أستحق أن يقلق عليّ شخص أحترمه ويفهم حقًّا شدة الصراع الذي أواجهه الآن».

كي نكون علىٰ دراية بكينونتنا، كي نكتسب هوية، يتحتم أن نعلم (أو علىٰ الأقل نشعر أننا نعلم) ما هو الـ«حقيقي» وما الذي كان «حقيقيًّا»؛ فيجب أن نقوم بملاحظة ما نراه حولنا وأن نَسِمَه بطريقة صحيحة، كما يتوجب أن نقتدر علىٰ علىٰ الوثوق بذكرياتنا ونقتدر علىٰ التمييز بينها وبين خيالنا. ويُعدّ فقدان القدرة علىٰ القيام بهذه التفريقات إحدىٰ العلامات علىٰ ما أسماه المحلل النفسي ويليام

نيدرلاند William Niederland «وأد الروح». غالبًا ما يكون تطميس الوعي وغرس الإنكار ضروريًا للنجاة/البقاء، ولكن الثمن هو أنك تفقد إدراكك لكينونتك، وما تشعر به، وما الذي يمكنك الوثوق به٥.

إعادة تشغيل الصدمة:

ظهرت إحدىٰ ذكريات مارلين الخاصة بصدمة طفولتها في حلم شعرت فيه كما لو أن أحدًا يخنقها وهي عاجزة عن التقاط أنفاسها. هنالك كان منديل قماشي أبيض ملفوفٌ حول يديها، ثم رُفعَت عاليًا مع لف المنديل حول رقبتها، بحيث كانت عاجزة عن ملامسة الأرض بقدميها. حينئذ استيقظت في حالة من الهلع، ظانة أنها تحتضر بلا شك. ولقد ذكّرني حلمها بالكوابيس التي أبلغني بها المحاربين القدامىٰ: رؤية صور دقيقة ونقية للوجوه والأجزاء الجسدية التي قابلوها في المعركة؛ وكانت هذه الأحلام مرعبة لدرجة أنهم سعوا إلىٰ السهر ليلًا؛ وكانت القيلولة النهارية فقط، التي لم تكن مرتبطة بالكمائن الليلية، هي ما يشعرهم بأمان جزئي.

أثناء هذه المرحلة من العلاج، غُمرَت مارلين مرارًا بالصور والأحاسيس المتعلقة بالحلم الخانق؛ فقد تذكرت جلوسها في المطبخ حين كانت طفلة في الرابعة من العمر، متورمة العينين، تشعر بألم في رقبتها، ويسيل الدم من أنفها؛ وفي هذا الوقت يسخر منها أبوها وشقيقها وينعتانها بالغبية، الفتاة الغبية. كما أبلغتني مارلين ذات يوم: «حين كنت أفرش أسناني الليلة الماضية، طحنتني مشاعر انتفاض الجسد؛ لقدْ كنت كسمكة خارج الماء، أحرك جسدي بعنف أثناء مجاهدة الاختناق. لقد صرخت واختنقت وأنا أفرش أسناني، ومع هذا الشعور بالانتفاض، كان الهلع يغمرني، بل اضطررت لاستجماع كل ما لدي من قوة لأصرخ: «لالالالالا» إذ كنت واقفة أمام الحوض»، ثم خلدت لمضجعها ونامت لكنها ظلت تستيقظ كل ساعتين بالضبط خلال بقية الليل.

إن الصدمة لا تُختزن في هيئة سرد منظم ذي بداية، ووسط، ونهاية، فكما سأناقش بالتفصيل في الفصلين الحادي عشر والثاني عشر، فالذكريات في بادئ

الأمر تعود كما حدث في حالة مارلين: كارتدادات ذكروية تحتوي علىٰ أجزاء من الخبرة؛ صور وأصوات وأحاسيس جسدية منفصلة، لا سياق لها في بادئ الأمر سوىٰ الخوف والهلع. فحينما كانت مارلين طفلة، لم يكن لديها أي وسيلة للتعبير عما يعجز الكلام عن وصفه، ولم يكن هذا ليُحدث أي فرق علىٰ أية حال - فما من أحد كان يصغي.

وعلىٰ غرار العديد من الناجين من إساءة المعاملة في الطفولة، كانت مارلين مثالًا علىٰ سلطان «قوة الحياة»؛ وهي إرادة العيش وامتلاك المرء زمام حياته، وهي الطاقة التي تتصدىٰ للإبادة الناتجة عن الصدمة. وقد توصلتُ رويدًا رويدًا إلىٰ إدراك أن الأمر الوحيد الذي يتيح القيام بالعمل اللازم لمداواة الصدمة هو إجلال التفاني في عملية النجاة الذي مكّن مرضاي من الاصطبار علىٰ الإساءات ثم الاصطبار علىٰ الليالي المظلمة التي تعيشها الروح والتي تحدث لا محالة في درب الشفاء.

الفصل التاسع
وما صلة الحب بالأمر؟

«إن الابتدار، والإرهاب، والوسم، والانعزال، والعجز، ولوم الذات كل تلك الأمور قائمة على الواقع المرعب للانتهاك الجنسي للطفل . . . . «متقلقش من حاجة زي كده؛ ده لا يمكن يحصل أبدًا في عيلتنا». «إزاي حتى يخطر في بالك حاجة بالبشاعة دي؟!» «مش عايزة أسمعك بتقولي كلام زي ده تاني أبدًا!» ومن ثم يصير الطفل العادي لا يسأل ولا يخبر أبدًا.

- رونالد سومت، متلازمة التكيف مع الانتهاك الجنسي الطفلي

كيف يمكننا القيام بتفكير منظم تجاه أفراد مثل مارلين، وماري، وكاثي وما الذي يمكننا فعله لمساعدتهم؟ إن الطريقة التي نُعرِّف بها مشاكلهم، أي تشخيصنا، ستحدد مقاربتنا المتبعة في رعايتهم. وعادةً ما يتلقى هؤلاء المرضى في سياق علاجهم النفساني خمسة أو ستة تشخيصات مختلفة غير مرتبطة؛ فإذا ركز أطباؤهم على تقلباتهم المزاجية، فسيتم تحديدهم على أنهم ثنائيو القطب ويوصف لهم «الليثيوم» أو «الفالبروات»[1]؛ وإذا كان المهنيون متأثرين جدًّا باليأس، فسينبئونهم بأنهم يعانون من «الاكتئاب الكبير»[2] ويعطونهم مضادات الاكتئاب؛ وإذا ركز الأطباء على تململهم وعدم انتباههم، فقد يتم تصنيفهم

---

(١) «الليثيوم» Lithium و«الفالبروات» valproate كلاهما من مثبتات المزاج (المترجم).

(2) Major depression.

باعتبارهم مصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه ويعالجون بالريتالين أو غيره من المنبهات؛ وإذا صادف أن الطاقم الطبي أخذ تاريخ صدمة، ومنحهم المريض فعلًا المعلومات ذات الصلة، فربما يتلقىٰ تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة. لن يكون أي من هذه التشخيصات بعيدًا كليًا عن الصواب، لكن لن يبدأ أي منها في وصف كينونة هؤلاء المرضىٰ ولا ما يعانون منه وصفًا ذا معنىٰ.

يطمح الطب النفسي، بكونه تخصصًا فرعيًا من الطب، إلىٰ تعريف المرض النفسي بنفس دقة -فلنقل مثلًا- سرطان البنكرياس، أو الالتهاب الرئوي بالعقديات؛ ولكن نظرًا لما يتسم به الذهن، والدماغ، وأنظمة التعلق البشري من تعقيد، فلم نقترب حتىٰ من تحقيق هذا النوع من الدقة. إن فهم ما هي «علة» الأشخاص في عصرنا الحالي لهي مسألة متعلقة بالوجهة الذهنية للممارس (وبما ستغطي شركاتُ التأمين تكاليفه) أكثر من كونها مسألة حقائق موضوعية يمكن التحقق منها.

لقد حدثت أول محاولة جادة لابتكار دليل منهجي للتشخيصات النفسية عام ١٩٨٠م، مع إصدار الطبعة الثالثة من «الدليل التشخيصي والإحصائي للاضطرابات النفسية»، وهي القائمة الرسمية لكافة الأمراض النفسية المعترف بها من الجمعية الأمريكية للطب النفسي؛ وقدمت ديباجة هذا الدليل تحذيرًا صريحًا من أن فئاته ليست دقيقة بما يكفي لاستخدامها في سياقات الطب الشرعي أو لأغراض التأمين. ورغم ذلك، فقد صار هذا الدليل شيئًا فشيئًا أداة ذات سلطة هائلة: إذ تطالب شركات التأمين بتشخيص «الدليل التشخيصي والإحصائي» لدفع التعويض، وحتىٰ وقت قريب كانت كل تمويلات البحث العلمي معتمدة علىٰ تشخيصات الدليل التشخيصي والإحصائي، كما أن البرامج الأكاديمية متمحورة حول فئات هذا الدليل. وسرعان وجدت وسوم «الدليل التشخيصي والإحصائي» طريقها إلىٰ الثقافة الأكبر أيضًا؛ إذ يعلم ملايين من الناس أن توني سوبرانو في مسلسل «آل سوبرانو» The Sopranos يعانىٰ من نوبات الهلع والاكتئاب، وأن كاري ماتيسون في مسلسل «هوملاند» Homeland تعاني من الاضطراب ثنائي

القطب. وبهذا أصبح الدليل صناعة عملية أكسبت الجمعية الأمريكية للطب النفسي أكثر من ١٠٠ مليون دولارا، لكن السؤال المطروح هو: هل قدَّم منافع مماثلة للمرضىٰ الذين يفترض أنه يخدمهم؟

للتشخيص النفساني عواقب جسيمة: إذ يُبلِغ التشخيص بنوع العلاج المطلوب، ويمكن أن يؤدي تلقي علاج خاطئ إلىٰ آثار كارثية. وكذلك، فمن المرجح أن يلتصق الوسم التشخيصي بالأشخاص لبقية حياتهم ويكون لها تأثير عميق علىٰ كيفية تعريفهم لأنفسهم؛ فلقد قابلت عددًا لا يحصىٰ من المرضىٰ الذين أخبروني «أنهم» ثنائيو القطب أو حَدِّيُّون أو أنهم «مصابون» باضطراب الكرب التالي للصدمة، كما لو أنهم محكوم عليهم بالبقاء داخل زنزانة في جوف الأرض لبقية حياتهم، مثل رواية «كونت مونت كريستو»[1].

لا يأخذ أي من هذه التشخيصات في اعتباره المواهب غير المعتادة التي ينميها العديد من مرضانا أو الطاقات الإبداعية التي جَمّعوها للنجاة. غالبًا ما تكون التشخيصات مجرد تعداد للأعراض، مما يترك مرضىٰ مثل مارلين، وكاثي، وماري يُنظر إليهن في الغالب علىٰ أنهن نساء خارجات عن السيطرة وبحاجة إلىٰ التقويم.

يعرّف المعجم التشخيص بأنه:

«أ) الفعل أو العملية المتمثلة في تحديد أو تمييز طبيعة المرض أو الأذىٰ وسببه من خلال تقييم تاريخ المريض، وفحصه الإكلينيكي، وما أظهرته البيانات المختبرية.

ب) الرأي المستمد من هذا التقييم»٢.

وفي هذا الفصل، وكذلك الفصل الذي يليه، سأناقش الفجوة الواقعة بين التشخيصات الرسمية وما يعاني منه مرضانا حقًّا، وسأناقش كيف سعينا أنا وزملائي إلىٰ تغيير الطريقة المستخدمة في تشخيص المرضىٰ الذين لديهم ماضٍ من الصدمات المزمنة.

---

(1) The Gount Of Monte Cristo.

كيف تأخذ تاريخ الصدمة؟

عام ١٩٨٥م، بدأت أتعاون مع الطبيبة النفسية جوديث هيرمان Judith Herman، التي نُشر كتابها الأول «إتيان المحارم بين الأب والابنة» Father-Daughter Incest مؤخرًا؛ كان كلانا يعمل بمستشفىٰ كامبريدج (أحد مستشفيات هارفارد التعليمية)، ولاهتمامنا المشترك بتأثير الصدمة علىٰ حياة مرضانا، بدأنا نتقابل بصفة دورية ونقارن الملاحظات. لقد أذهلتنا الكثرة الشديدة لمرضانا الذين أخبرونا بقصص مرعبة عن طفولتهم وتم تشخيصهم باضطراب الشخصية الحدية. ويتسم اضطراب الشخصية الحدية بالتشبث داخل العلاقات ولكن عدم الاستقرار فيها، وبالتقلبات المزاجية شديدة، وسلوك تدمير الذات، بما في ذلك تشويه الذات ومحاولات الانتحار المتكررة. ولكي نكشف عما إذا كان هناك، في واقع الأمر، صلة بين صدمات الطفولة واضطراب الشخصية الحدية، قمنا بتصميم دراسة علمية رسمية وأرسلنا طلب منحة إلىٰ « «المعاهد الوطنية للصحة» »، لكن الرد جاء بالرفض.

قررنا أنا وجودي تمويل الدراسة بنفسنا، ثم عثرنا علىٰ حليف بالداخل، كريس بيري Chris Perry، وهو مدير البحوث بمستشفىٰ كامبريدج، الذي كان يتلقىٰ تمويلًا من « «المعاهد الوطنية للصحة» النفسية» لدراسة اضطراب الشخصية الحدية[1] والتشخيصات الأخرىٰ قريبة الجوار، المدعوة باضطرابات الشخصية، لدىٰ مرضىٰ مستقدمين من مستشفىٰ كامبريدج. كان قد جمع كميات كبيرة من البيانات القيِّمة حول هذه الموضوعات، لكنه لم يكن قد استعلم بتاتًا عن الانتهاك والإهمال في الطفولة. ورغم أنه لم يوارِ تشككه في جدوىٰ طلبنا، إلا أنه كان سخيًّا جدًّا معنا ورتب لنا إجراء مقابلات مع خمسة وخمسين مريضًا من قسم العيادات الخارجية بالمستشفىٰ، كما وافق علىٰ مقارنة نتائجنا مع السجلات الموجودة في قاعدة البيانات الضخمة التي كان قد جمعها بالفعل.

---

(١) borderline personality disorder: أحد أنواع اضطرابات الشخصية يتميز بالتوتر والسلوك العدواني وعدم الاستقرار. (ص)

كانت المسألة الأولىٰ التي واجهتها أنا وجوديث هي: كيف تأخذ تاريخ الصدمة؟ فليس بالإمكان أن تطرح السؤال صريحًا علىٰ المريض وتقول: «هل تعرضت للتحرش في الطفولة؟» أو «هل كان أبوك يبرحك ضربًا؟» كم منهم سيثق في إدلاء مثل هذه المعلومات الدقيقة لشخص أجنبي تمامًا عنه؟ ولأخذنا في الاعتبار أن الناس كافة يشعرون بالخزي من الصدمات التي اختبروها، قمنا بتصميم أداة مقابَلَة، وهي «استبيان السوابق الصدمية[1]»٣. كانت المقابلة تبدأ بسلسلة من الأسئلة البسيطة: «أين تعيش، ومَن يعيش معك؟»؛ «مَن يدفع الفواتير ومن يقوم بالطبخ والتنظيف؟» ثم يعلو رويدًا رويدًا إلىٰ أسئلة أكثر كشفًا: «علىٰ من تعوِّل في حياتك اليومية؟» كما في: حين تمرض، من يقوم بالتسوق أو يذهب بك إلىٰ الطبيب؟ «إلىٰ من تتحدث حين تكون منزعجًا أو مستاءً؟» بعبارة أخرىٰ: من يقدم لك الدعم العاطفي والعملي؟ ولقد أعطانا بعض المرضىٰ إجابات مدهشة: «كلبي» أو «معالجتي» - أو «لا أحد».

بعد ذلك طرحنا أسئلة مشابهة حول طفولتهم: من كان يعيش في المنزل؟ كم مرة ارتحلتم من مكانكم؟ من كان مقدم الرعاية الأساسي لك؟ أبلغ كثير من المرضىٰ عن تنقلات متكررة تطلبت منهم تغيير المدرسة في منتصف العام؛ كما حدث للعديد منهم أن دخل مقدم الرعاية الأساسي السجن، أو وُضع بداخل مستشفىٰ للأمراض النفسية، أو التحق بالجيش؛ كما ظلَّ آخرون يتنقلون من دار تبني إلىٰ أخرىٰ أو مروا بسلسلة من العيش مع أقارب مختلفين.

ثم تناول القسم التالي من الاستبيان علاقات الطفولة: «من في عائلتك كان ودودًا إليك؟»، «من كان يعاملك باعتبارك شخصًا مميزًا؟» ثم تبع ذلك سؤال حاسم؛ سؤالٌ -علىٰ حد علمي- لم يسبق أن طرحه أحد في دراسة علمية: «أكان هناك من أحد يشعرك بالأمان أثناء ترعرعك؟» لم يستطع ربع المرضىٰ الذين أجرينا المقابلات معهم تذكر أي شخص كانوا يشعرون بالأمان معه في الطفولة. كنا نجد «لا أحد» في أوراق الاستبيان ولا ننبس ببنت شفة، لكننا كنا مذهولين؛

---

(1) Traumatic Antecedents Questionnaire (TAQ).

فتخيل كونك طفلًا وليس لديك مصدر أمان، وتخوض غمار العالم غير محمي ولا مرئي.

ثم استطردت الأسئلة: «من كان يضع القواعد في البيت ويحفظ الانضباط؟»، «ما الأسلوب الذي كان يستخدم في ضبط الأطفال - الحوار، التوبيخ، الصفع، الضرب، الحبس؟»، «كيف كان والداك يحلان خلافاتهما؟» في هذه المرحلة، عادة ما تكون البوابات قد انفتحت علىٰ مصراعيها، وكان العديد من المرضىٰ يمنحون معلومات مفصلة عن طفولتهم. لقد شهدَت امرأة أختَها الصغيرة وهي تتعرض للاغتصاب؛ وأخبرتنا أخرىٰ أنها حظيت بأول خبرة جنسية لها في سن الثامنة، مع جدها؛ كما أبلغ رجال ونساء عن استلقائهم مستيقظين ليلًا وسماعهم أصوات تحطم الأثاث وصراخ الوالدين؛ كما نزل أحد الشبان إلىٰ المطبخ فوجد أمه ممددة في بركة من الدماء. وتحدث آخرون عن عدم وجود من يقلهم للمنزل في المدرسة الابتدائية أو عن رجوعهم للبيت ليجدوه خاويًا وقضاء الليل بمفردهم. ولقد تعلمت إحداهم كسب قوت عيشها بإعداد وجبات الطعام لعائلتها بعد أن سُجنت أمها في تهمة مخدرات. وأخرىٰ كانت في التاسعة من عمرها حين أمسكت بمقود السيارة وثبتته لأن أمها المخمورة كانت تنحرف أثناء القيادة علىٰ طريق رئيسي ذي أربع حارات أثناء ساعة الذروة.

لم يكن لدىٰ مرضانا خيار الفرار أو الهروب؛ إذ لم يكن لديهم من يلجؤون إليه ولا مكان يختبئون فيه. ورغم ذلك، فقد كانوا بطريقة ما مضطرين لإدارة رعبهم ويأسهم، وعلىٰ الأرجح أنهم كانوا يذهبون إلىٰ المدرسة في صباح اليوم التالي ويحاولون التظاهر بأن كل شيء علىٰ ما يرام. لقد أدركت أنا وجوديث أن المشاكل الخاصة بمجموعة اضطراب الشخصية الحدية -التفارق، والتشبث البالغ بأي شخص يمكن استجلاب مساعدته- ربما كانت قد بدأت كطرق للتعامل مع المشاعر الطاحنة والقَساوة التي لا مفر منها.

وبعد المقابلات التي أجريناها، التقيت بجوديث لنقوم بتكويد إجابات مرضانا - أي لترجمتها إلىٰ أرقام من أجل التحليل الحاسوبي، ثم قام كريس بيري بمقارنتها بالمعلومات الغزيرة عن هؤلاء المرضىٰ التي كان قد خزنها في

الحاسوب الرئيسي لجامعة هارفارد. وفي صباح سبت من شهر أبريل، ترك لنا رسالة تطلب منا الحضور إلىٰ مكتبه، وهناك وجدنا حزمة ضخمة من المطبوعات، وعلىٰ رأسها وضع كريس رسمًا كرتونيًا من ابتكار جاري لارسون Gary Larson، يصوّر فيه مجموعة من العلماء يدرسون الدلافين ومحتارين في «أصوات «آو بلاه إس سبان يول[1]» الغريبة تلك»؛ فلقد أقنعته البيانات أنه ما لم تكن فاهمًا للغة الصدمة وإساءة المعاملة، فليس بمقدورك أن تفهم حقًّا اضطراب الشخصية الحدية.

وكما ذكرنا لاحقًا في المجلة الأمريكية للطب النفسي، فقد أبلغَ ٨١ بالمائة من المرضىٰ المشخصين باضطراب الشخصية الحدية بمستشفىٰ كامبريدج عن سوابق فظيعة من انتهاك الطفل و/أو إهماله؛ كما بدأت إساءة المعاملة قبل سن السابعة عند الغالبية العظمىٰ من المرضىٰ٤. لقد كان هذا الاكتشاف مهمًّا بوجه خاص لإشارته إلىٰ أن تأثير الإساءة يعتمد، جزئيًّا علىٰ الأقل، علىٰ العمر الذي تبدأ فيه. وأظهر بحث لاحق أجراه مارتن تيتشر Martin Teicher من مستشفىٰ ماكلين أن الأشكال المختلفة من إساءة المعاملة يكون لها آثار مختلفة علىٰ مناطق دماغية متعددة في المراحل المختلفة من النماء٥. ورغم أنه منذ ذلك الحين ودراسات جمة تقدم نتائج مطابقة للتي توصلنا إليها٦، إلا أنني ما زلت أتلقىٰ من حين لآخر أوراقًا علمية لأراجعها وأجدها تقول كلامًا مثل «وقد افتُرض أن المرضىٰ الحدّيين قد يكون لديهم تاريخ من صدمة الطفولة»؛ فمتىٰ إذن تصير الفرضيةُ حقيقةً ثابتة علميًّا؟

من الجلي أن دراستنا دعمت استنتاجات جون بولبي:

حين يكون الأطفال مغمورين بالغضب أو الشعور الذنب أو في خوف مزمن من التعرض للهجر، فإنهم وصلوا إلىٰ هذه المشاعر الشديدة بكل نزاهة؛ إن ذلك بسبب الخبرة التىٰ عاشوها. فعلىٰ سبيل المثال، حين يخشىٰ الأطفال الهجر،

---

(١) "Aw blah es spanyol" هي صوت تهجّي المبتدئين في تعلم الإسبانية لعبارة "Habla español" ومعناها «هل تـ تَـ حدّ ث الإس با نية»؟ (المترجم).

فهذا ليس رد فعل مضاد لإلحاحاتهم الداخلية لقتل الغير؛ وإنما ذاك -علىٰ الأرجح- نتيجة أنهم قد تعرضوا للهجر جسديًا أو نفسيًا، أو تلقوا تهديدًا متكررًا بالهجر. وحين يكون الأطفال مغمورين بالحنق، فهذا بسبب تعرضهم للرفض أو قسوة المعاملة؛ وحين يختبر الأطفال صراعًا داخليًا حادًا إزاء مشاعر الغضب التي لديهم، فهذا علىٰ الأرجح لأن التعبير عنها محظور أو يشكل خطرًا.

لقد لاحظ بولبي أنه عندما يتحتم علىٰ الأطفال التبرؤ من الخبرات القوية التي مروا بها، فإن هذا يخلق مشاكل خطيرة، بما في ذلك «الارتياب الدائم من الآخرين، وتثبيط الفضول، والارتياب من حسوسهم الداخلية، والميل إلىٰ رؤية كل أمر علىٰ أنه غير واقعي»٧. وكما سنرىٰ، فهذا له آثار مهمة علىٰ العلاج.

لقد أوسعت دراستنا آفاق تفكيرنا إلىٰ ما هو أبعد من آثار الأحداث المروعة المعينة، الذي هو بؤرة تركيز تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة، أوسعتها إلىٰ النظر في الآثار طويلة الأمد للقساوة والإهمال في علاقات تقديم الرعاية. كما أثارت سؤالًا هامًا آخر: ما هي العلاجات الناجعة للذين لديهم تاريخ من إساءة المعاملة، لا سيما أولئك الذين يشعرون برغبة مزمنة في الانتحار ويؤذون أنفسهم عمدًا؟

إيذاء الذات:

أثناء فترة تدريبي، استُدعيت من سريري حوالي الساعة ٣:٠٠ صباحًا ثلاث ليال متتالية للقيام بخياطة امرأة كانت تجرح رقبتها بأي شيء حاد تستطيع وضع يديها عليه؛ فأخبرتني، بنبرة يصبغها الانتصار إلىٰ حد ما، أن جرح نفسها يشعرها بارتياح كبير. ومنذ ذلك الحين كنت أسأل نفسي لماذا؛ لماذا يتعامل بعض الناس مع الشعور بالضيق بلعب ثلاث مباريات تنس أو بمشروب مارتيني قوي، في حين يقوم البعض الآخر بنقش ذراعهم بشفرات الحلاقة؟ لقد أظهرت دراستنا أن وجود تاريخ من الانتهاك الجنسي والجسدي في مرحلة الطفولة كان مؤشرًا قويًا علىٰ محاولات الانتحار المتكررة وجرح الذات٨. فتساءلت ما إذا كان الاستغراق الانتحاري قد بدأ حين كانوا شديدي الصغر وما إذا كانوا قد وجدوا الراحة في

التخطيط للهروب برجاء الموت أو بإلحاق الضرر بأنفسهم. هل يبدأ إلحاق الأذىٰ بالنفس كمحاولة يائسة لاكتساب حس السيطرة؟

تحتوي قاعدة بيانات كريس بيري علىٰ معلوماتٍ متابَعَةٍ عن جميع المرضىٰ الذين كانوا يعالَجون في العيادات الخارجية بالمستشفىٰ، بما في ذلك تقارير عن الانتحار والسلوك المدمر للذات: بعد ثلاث سنوات من تلقِّي العلاج النفسي، تحسن ما يقرب من ثلثي المرضىٰ تحسنًا ملحوظًا. فكان السؤال حينئذ هو: أيهم انتفع من العلاج وأيهم واصل الشعور بالرغبة في الانتحار وتدمير الذات؟ لقد توفرت لنا بعض الإجابات من مقارنة سلوك المرضىٰ الحالي في مقابلات «استبيان السوابق الصدمية» التي أجريناها: لقد أخبرنا المرضىٰ الذين ظلوا مدمرين للذات أنهم لا يتذكرون الشعور بالأمان مع أي شخص في طفولتهم؛ لقد أبلغوا عن الهجر، والتنقل من مكان إلىٰ آخر، وتعرضهم للإهمال العام وتدبر شؤونهم بأنفسهم.

فاستنتجتُ أنه: إذا كنت تحمل بداخلك ذكرىٰ شعورك بالأمان مع شخص ما منذ فترة طويلة، فبالإمكان إعادة تنشيط آثار تلك المودة السابقة في علاقات متناغمة بمرحلة الرشد، سواء أكان هذا في الحياة اليومية أم في جلسات العلاج النفسي الجيدة. ومع ذلك، فإذا لم يكن لديك ذكرىٰ عميقة عن الشعور بأنك محبوب وآمن، فقد يؤدي هذا بالمستقبلات التي في الدماغ التي تستجيب للمودة البشرية إلىٰ الفشل في النماء٩. وإذا كان هذا هو الحال، فأنىٰ للناس أن يتعلموا تهدئة أنفسهم والشعور بالحضور في أجسادهم؟ ومجددًا، هذا الأمر له آثار مهمة علىٰ العلاج النفسي، وسأعرج علىٰ هذا السؤال في شتىٰ أنحاء الباب الخامس، الخاص بالعلاج.

سلطة التشخيص:

أكدت دراستنا أيضًا أن هناك شريحة مجتمعية من المصدومين مختلفة جدًّا عن الجنود المقاتلين وضحايا الحوادث الذين أُنشئَ تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة من أجلهم. إن أشخاصًا مثل مارلين وكاثي، وكذلك المرضىٰ

الذين درستهم أنا وجودي، وأطفال العيادة الخارجية بـ «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية» الذين ذكرتهم في الفصل السابع، لا يتذكرون بالضرورة صدماتهم (أحد معايير تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة) أو علىٰ الأقل ليسوا منشغلين بذكريات محددة عن الإساءات التي لاقوها، لكنهم يواصلون السلوك كما لو أنهم ما زالوا في خطر؛ كما يتنقلون من جانب متطرف إلىٰ نقيضه؛ ويلاقون صعوبة في الاستمرار علىٰ المهمة، كما ينفجرون غضبًا علىٰ أنفسهم والآخرين باستمرار. إن مشاكلهم متداخلة إلىٰ حد ما مع مشاكل الجنود المقاتلين، لكنها أيضًا مختلفة جدًّا من حيث أن صدمة طفولتهم منعتهم من تنمية بعض القدرات النفسية التي كان يمتلكها الجنود الراشدون قبل حدوث الصدمات لهم.

بعد إدراكنا لذلك، ذهبت مجموعة منا١٠ لمقابلة روبرت سبيتزر Robert Spitzer، الذي كان بصدد مراجعة الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث بعد إدارته لعملية إعداده؛ وقد أصغىٰ باهتمام لما أبلغناه به، وأخبرنا أن الإكلينيكيين الذين يقضون عمرهم في علاج شريحة معينة من المرضىٰ من المرجح أن يشيِّدوا خبرة كبيرة في فهم ما يعاني هؤلاء منه؛ ثم اقترح أن نقوم بدراسة، ما يسمىٰ بالتجربة الميدانية[1]، لمقارنة مشاكل المجموعات المختلفة من الأفراد المصدومين١١، وجعلني سبيتزر المسؤول عن المشروع. قمنا أولًا بابتكار مقياس تقييم يشتمل علىٰ جميع الأعراض المختلفة للصدمات التي أُبلغ عنها في الأدبيات العلمية، ثم أجرينا مقابلات مع ٥٢٥ مريضًا راشدًا من خمسة أنحاء مختلفة من القُطر لنرىٰ ما إذا كانت الشرائح المجتمعية المعينة تعاني من أشكال مختلفة من المشاكل، ثم انقسمت عينتنا إلىٰ ثلاث مجموعات:

١) أولئك الذين لديهم تاريخ من الانتهاك الجسدي أو الجنسي في الطفولة من قِبل مقدمي الرعاية.

٢) ضحايا العنف المنزلي حديث العهد.

(1) field trial.

٣) الأشخاص الذين مروا مؤخرًا بكارثة طبيعية.

ولقد وجدنا اختلافات واضحة بين هذه المجموعات، لا سيما هاتان الواقعتان علىٰ حافتي الطيف: ضحايا إساءات الطفل والراشدون الذين نجوا من الكوارث الطبيعية. إن الراشدين الذين عانوا من الإساءات في الطفولة غالبًا ما كانوا يلاقون صعوبة في التركيز، ويَشْكون من كونهم في قلق وتوتر طيلة الوقت، كما كانوا مغمورين بكراهية الذات. وكانوا يلاقون صعوبة هائلة في التفاوض داخل العلاقات الحميمة، فغالبًا ما كانوا ينحرفون عن المسار بدءًا من التورط الجنسي العشوائي عالي الاختطار وعديم الإشباع إلىٰ الانطفاء الجنسي التام؛ كما كان لديهم فجوات كبيرة في ذاكرتهم، وغالبًا ما كانوا ينخرطون في سلوكيات مدمرة للذات، ومصابين بطائفة واسعة من المشكلات الطبية. لكن هذه الأعراض كانت نادرة نسبيًّا لدىٰ الناجين من الكوارث الطبيعية.

كان لكل تشخيص رئيسي في «الدليل التشخيصي والإحصائي» فريقُ عمل مسؤول عن اقتراح مراجعات للإصدار الجديد، فقمتُ بتقديم نتائج التجربة الميدانية لفريق العمل الخاص باضطراب الكرب التالي للصدمة في الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع، وصوَّت تسعة عشر منا مقابل اثنين لإنشاء تشخيص جديد للصدمة من أجل ضحايا الصدمة العلائقية: «اضطرابات الكرب البالغ، غير المحدَّدة»[1]، أو للاختصار: «اضطراب الكرب التالي للصدمة المتراكب Complex PTSD» ١٢، ١٣. ثم ترقبنا بتلهفٍ نشر الدليل التشخيصي والإحصائي الرابع في مايو ١٩٩٤م. لكن ما أصابنا بدهشة شديدة هو أن التشخيص الذي وافق عليه فريق عملنا بأغلبية ساحقة لم يظهر في المنتج النهائي، ولا استشير أي منا.

لقد كان هذا إقصاء مأساويًّا؛ فقد كان معناه أن أعدادًا غفيرة من المرضىٰ لن يتلقوا تشخيصًا دقيقًا وأن الأطباء والباحثين سيكونون عاجزين عن ابتكار علاجات ملاءمة لهم ابتكارًا مبنيًّا علىٰ المنهجية العلمية؛ إذ ليس بإمكانك ابتكار

(1) Disorders of Extreme Stress, Not Otherwise Specified.

علاج لحالة مرضية غير موجودة. وحينئذ أدىٰ عدم وجود تشخيص لهؤلاء المرضىٰ إلىٰ إلقاء المعالجين النفسيين أمام معضلة خطيرة: كيف نعالج الأشخاص الذين يتكيفون من عواقب الانتهاك، والخيانة، والهجر، إذا كنا مجبرين علىٰ تشخيصهم بالاكتئاب، أو اضطراب الهلع[١]، أو الاضطراب ثنائي القطب، أو اضطراب الشخصية الحدية، والتي لا تتناول حقًّا ما يكافحونه؟

إن تبعات الانتهاك والإهمال مقدم الرعاية لهي أكثر انتشارًا وتعقيدًا بكثير من تأثير الأعاصير أو حوادث الطرق، ورغم ذلك، فإن صنّاع القرار الذين حددوا شكل نظامنا التشخيصي قد قرروا عدم الاعتراف بهذا الدليل. وإلىٰ يومنا هذا، بعد عشرين عامًا وأربع مراجعات لاحقة، فإن «الدليل التشخيصي والإحصائي»، والنظام بأكمله القائم عليه، يسقطان من اعتبارهما ضحايا انتهاك الطفل وإهماله - تمامًا كما تجاهلوا محنة المحاربين القدامىٰ قبل ظهور اضطراب الكرب التالي للصدمة عام ١٩٨٠م.

الوباء المستتر:

كيف تُحوّل وليدًا، بكل ما يملكه من تأميل وقدرات غير محدودة، إلىٰ متشرد سكير في الثلاثين من العمر؟ علىٰ غرار العديد من الاكتشافات العظيمة، فلقد وجد الطبيب الباطني فينسينت فيليتي Vincent Felitti جواب هذا السؤال بمحض الصدفة.

في عام ١٩٨٥، كان فيليتي رئيس قسم الطب الوقائي لمجمع «كايزر بيرمانِنت»[٢] في سان دييغو، والذي كان آنذاك أكبر برنامج تحرٍّ طبي في العالم؛ كما كان يدير عيادة سمنة تستخدم نهجًا يسمىٰ «الصوم التام المكمَّل»[٣] لتحقيق

(١) Panic disorder: اضطراب يتصف بنوبات هلع متكررة مع الخوف الشديد والرعب بالإضافة إلىٰ بعض الأعراض الجسدية؛ كضيق التنفس والخفقان والدوار والدوام والارتعاش، والتخوف من الموت أو الجنون؛ وقد تدوم بعض الأعراض العصبية والتوتر بين النوبات التي قد تترافق مع رهاب الساح. (ح).

(2) Kaiser Permanente.

(3) supplemented absolute fasting.

نقص دراماتيكي في الوزن دون جراحة. وذات يوم جاءت معاونة ممرض تبلغ من العمر ثمانية وعشرين عامًا إلىٰ عيادته. قبل فيليتي مزعمها بأن السمنة هي مشكلتها الرئيسية وأدرجها في البرنامج، وبعد مرور واحد وخمسين أسبوعًا علىٰ ذلك، خف وزنها من ٤٠٨ رطلًا إلىٰ ١٣٢ رطلًا.

لكن حين رآها فيليتي مرة أخرىٰ بعد بضعة أشهر، وجدها قد اكتسبت مجددًا وزنًا أكبر مما كان يظن أنه ممكن من الناحية البيولوجية في مثل هذا الوقت القصير! ما الذي كان قد حدث؟ اتضح أن جسمها الممشوق الجديد قد اجتذب زميل عمل، والذي أخذ يغازلها ثم اقترح ممارسة الجنس؛ ذلك اليوم عادت إلىٰ بيتها وبدأت في الأكل الشره؛ ولقد كانت تثقل بطنها بالطّعام نهارًا وتأكل أثناء السير خلال النوم ليلًا. وحينما حقّق فيليتي في رد الفعل المتطرف هذا، كَشفَت المرأة عن تاريخ طويل من إتيان المحارم مع جدها.

كانت هذه هي حالة إتيان المحارم الثانية فحسب من بين جميع الحالات التي واجهها فيليتي في ممارسته الطبية التي كانت قد بلغت ٢٣ عامًا، ولكن بعد حوالي عشرة أيام سمع قصة مماثلة. وحينما بدأ هو وفريقه في الاستفسار عن كثب، صُعقوا باكتشاف أن معظم مرضاهم الذين يعانون من السمنة المفرطة قد تعرضوا للانتهاك الجنسي في الطفولة؛ كما اكتشفوا طائفة واسعة من المشاكل الأسرية الأخرىٰ.

عام ١٩٩٠م، ذهب فيليتي إلىٰ أتلانتا ليعرض بيانات أول ٢٨٦ مريضًا أجرىٰ فريقه مقابلة معهم في اجتماع لـ «جمعية أمريكا الشمالية لدراسة السمنة»[1]، لكن أصابه الذهول من الاستجابة الخشنة من بعض الخبراء: «لماذا صدّق ما قاله هؤلاء المرضىٰ؟ ألم يدرك أنهم سيختلقون أي تبرير لفشلهم في حياتهم؟» ولكن كان هناك اِخْتِصَاصِيٌ وَبائِيَّات تابع لـ «مراكز السيطرة علىٰ الأمراض والوقاية منها» شجَّع فيليتي علىٰ الشروع في دراسة أكبر بكثير، معتمدة علىٰ عامة السكان، ثم دعاه للقاء مجموعة صغيرة من الباحثين في «مركز السيطرة علىٰ الأمراض»؛

(1) North American Association for the Study of Obesity.

وكانت نتيجة ذلك الأمر هي ذلك الاستقصاء الضخم الخاص بـ «الخبرات الطفولية الضائرة»، وهو تعاون بين «مراكز السيطرة على الأمراض» و«كايزر بيرمانِنت»، برئاسة الطبيبين روبرت أندا Robert Anda وفينسنت فيليتي لفريق البحث.

كان هناك أكثر من خمسين ألف مريض تابع لـ «كايزر» يأتون إلى «قسم الطب الوقائي» سنويًا لإجراء تقييم شامل، ويملؤون استبيانًا طبيًا مستفيضًا خلال هذه العملية، فقضى فيليتي وأندا أكثر من عام في ابتكار عشرة أسئلة جديدة١٤ تغطي فئات محددة بعناية من الخبرات الطفولية الضائرة، بما في ذلك الانتهاك الجسدي والجنسي، والإهمال الجسدي والعاطفي، والاختلال الوظيفي للأسرة، مثل تطلق الأبوين أو أن يكون أحدهما أو كلاهما مصابًا بمرض نفسي، أو مدمنًا، أو مسجونًا. بعد ذلك سألوا ٢٥٠٠٠ مريض متتالين ما إذا كانوا على استعداد لتقديم معلومات حول أحداث الطفولة؛ وقد أجاب ١٧٤٢١ بالقبول. ثم قورنت استجاباتهم بالسجلات الطبية المفصلة التي كانت «كايزر» محتفظة بها لجميع المرضى.

كشفت دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» أن الخبرات الحياتية الصدمية خلال الطفولة والمراهقة أكثر شيوعًا بكثير مما كان متوقعًا، ولقد كان معظم المشاركين في الدراسة من البيض، والطبقة المتوسطة، ومتوسطي العمر، وذوي تعليم جيد، وآمنين ماليًا بما يكفي لامتلاك تأمين طبي جيد؛ ورغم ذلك، فلم يُبلِغ عن عدم وجود خبرات سلبية في الطفولة إلا ثلث المشاركين فقط.

* أجاب واحد من كل عشرة أفراد بالإيجاب على سؤال «هل كان أحد الوالدين أو غيرهما من الراشدين بالبيت في كثير من الأحيان، أو في معظم الأحيان، يشتمك، أو يهينك، أو يحقر منك؟»

* أجاب أكثر من ربع المشاركين بالإيجاب على أسئلة «هل كان أحد والديك في كثير من الأحيان أو في معظم الأحيان يدفعك، أو يجتبذك، أو يصفعك أو يقذفك بشيء ما؟»، و«هل كان أحد والديك في كثير من الأحيان أو في معظم الأحيان يضربك ضربًا شديدًا بحيث ترك ذلك علامات على جسدك

أو أدىٰ إلىٰ حدوث إصابة؟» بعبارة أخرىٰ: علىٰ الأرجح أن أكثر من ربع سكان الولايات المتحدة كانوا يتعرضون للانتهاك الجسدي بصورة متكررة في طفولتهم.

* وعلىٰ أسئلة «هل سبق لك أن دفَعك راشدٌ أو شخص أكبر منك بـ٥ سنوات علىٰ الأقل إلىٰ لمس جسده بطريقة جنسية؟»، و«هل حاول راشد أو شخص أكبر منك بـ٥ سنوات علىٰ الأقل أن يجامعك عن طريق الفم، أو الشرج، أو المهبل؟»: أجاب ٢٨ في المائة من النساء و١٦ في المائة من الرجال بالإيجاب.

* أجاب واحد من كل ثمانية أشخاص بالإيجاب علىٰ أسئلة: «في طفولتك، هل كنت تشهد أمك أحيانًا، أو في كثير من الأحيان، أو في معظم الأحيان، تُدفَع، أو تُجتبذ، أو تُصفَع، أو تُقذف بشيء ما؟»، «في طفولتك، هل كنت تشاهد أمك أحيانًا، أو في كثير من الأحيان، أو في معظم الأحيان تُرفَس، أو تُعضّ، أو تُلكم، أو تُضرب بشيء صلب؟»١٥

كانت كل إجابة بالإيجاب تساوي نقطة واحدة، مما يؤدي إلىٰ مقياس لـ «الخبرات الطفولية الضائرة» يتراوح من صفر إلىٰ عشر درجات؛ فعلىٰ سبيل المثال: الشخص الذي اختبر إساءة لفظية متكررة، وحظي بأم سكيرة، وتطلق أبواه سيحصل علىٰ ثلاث نقاط في مقياس «الخبرات الطفولية الضائرة». ولقد وجد أن من بين ثلثي المشاركين الذين أبلغوا عن خبرة ضائرة، حصل ٨٧ بالمائة علىٰ درجتين أو أكثر، كما حصل واحد من كل ستة من جميع المشاركين علىٰ أربع نقاط أو أعلىٰ في مقياس «الخبرات الطفولية الضائرة».

باختصار، وجد فيليتي وفريقه أن الخبرات الضائرة متشابكة، علىٰ الرغم من أنها تُدرس في العادة بصورة منفصلة؛ إذ لا يترعرع الأطفال عادة في بيت به أخ مسجون ولكن جميع الأمور الأخرىٰ علىٰ ما يرام؛ ولا هم يعيشون في أسرة تتعرض فيها أمهم للضرب من حين لآخر ولكن الحياة من ناحية أخرىٰ «زي الفل». إن حوادث الإساءة لا تكون أحداثًا مستقلة أبدًا، ومع كل خبرة ضائرة إضافية يُبلغ عنها، تزداد حصيلة الضرر الحادث لاحقًا.

وجد فيليتي وفريقه أن آثار صدمات الطفولة يبدأ ظهورها في مرحلة المدرسة، وقد أبلغ أكثر من نصف أولئك الذين حصلوا علىٰ أربع درجات أو أكثر في مقياس «الخبرات الضائرة» عن مواجهة صعوبات تعلّم أو مشاكل سلوكية، مقارنة بـ٣ في المائة ممن حصلوا علىٰ درجة صفر. وعند نضوج هؤلاء الأطفال، لم «يتخلصوا من» آثار خبراتهم المبكرة. ورغم أن فيليتي يسجِّل قائلًا: «غالبًا ما تضيع الخبرات الصدمية في مرور الأيام وتصير محجوبة بالخزي، والسرية، والمحرمات المجتمعية»، إلا أن الدراسة كشفت أن تأثير الصدمة كان متغلغلًا في حياة هؤلاء المرضىٰ الراشدين. فعلىٰ سبيل المثال، تبين أن ارتفاع درجات «الخبرات الضائرة» مرتبط بارتفاع نسبة التغيب عن العمل، والمشكلات المالية، وانخفاض دخل العُمر.

أما حين تطرق الأمر إلىٰ المعاناة الشخصية، فلقد كانت النتائج مدمرة؛ فمع ارتفاع درجة «الخبرات الطفولية الضائرة»، يرتفع الاكتئاب المزمن في مرحلة الرشد ارتفاعًا دراماتيكيًّا، وبالنسبة لأولئك الذين حصلوا علىٰ أربع درجات أو أكثر، فإن مقدار انتشاره هو ٦٦ في المائة لدىٰ النساء و٣٠ في المائة لدىٰ الرجال، مقارنة بمعدل إجمالي مقداره ١٢ في المائة لدىٰ أولئك الذين حصلوا علىٰ درجة صفر في المقياس. كما ارتفعت احتمالية تلقيهم المستمر لمضادات الاكتئاب أو المسكنات المُجَدْوَلَة[1] ارتفاعًا متناسبًا. وكما أشار فيليتي، ربما نحن نعالج خبرات اليوم التي حدثت منذ خمسين عامًا، وبتكلفة متزايدة؛ إذ تشكل العقاقير المضادة للاكتئاب ومسكنات الألم جزءًا كبيرًا من النفقات سريعة الازدياد للرعاية الصحية القومية١٦(ومن المفارقة الساخرة، فلقد أظهرت الأبحاث أن المرضىٰ المكتئبين الذين ليس لديهم تاريخ سابق من الانتهاك أو الإهمال يميلون إلىٰ الاستجابة بصورة أفضل لمضادات الاكتئاب مقارنة بالمرضىٰ ذوي تلك الخلفيات١٧).

---

(١) الدَّواء المصروف بالوَصْفَة prescription drug: هو دواء من ضمن قائمة من الأدوية التي يحظر القانون بيعها إلا بموجب وصفة طبية من طبيب معتمد. (ح).

ترتفع محاولات الانتحار المعترف بها من المرتَكِب ارتفاعًا مطَّرِدًا مع درجات «الخبرات الطفولية الضائرة»: فبدءًا من الصفر إلىٰ ست درجات، يزيد احتمال محاولات الانتحار بنسبة ٥٠٠٠ بالمائة؛ إذ كلما شعر الشخص بمزيد من العزلة وانعدام الحماية، زاد شعوره بأن الموت هو المهرب الوحيد. ومن اللافت للنظر أن وسائل الإعلام حين تشير إلىٰ وجود ارتباط بيئي يزيد من خطر الإصابة بسرطان ما بنسبة ٣٠ في المائة، يتصدر هذا الأمر عناوين الأخبار، أما هذه الأرقام الأكثر مأساوية فيتم إهمالها والتغافل عنها.

كجزء من التقييم الطبي الأولي للمشاركين في الدراسة، طُرح عليهم السؤال الآتي: «هل سبق لك أن اعتبرت نفسك مدمن خمر؟» كان الأشخاص الذين حصلوا علىٰ أربع درجات في مقياس «الخبرات الطفولية الضائرة» أكثر عرضة لإدمان الكحول بسبع مرات من الراشدين الذين حصلوا علىٰ درجة صفر، كما زاد تعاطي المواد بالحقن زيادة كبيرة: بالنسبة لأولئك الذين حصلوا علىٰ ست درجات أو أكثر، كان احتمال المعاقرة الوريدية للمو. اسى بنسبة ٤٬٦٠٠ بالمائة من أولئك الذين حصلوا علىٰ درجة صفر.

كما سُئل النساء في الدراسة عن الاغتصاب في مرحلة الرشد: عند درجة صفر في «الخبرات الطفولية الضائرة»، كان انتشار الاغتصاب ٥ بالمائة؛ وعند درجة أربعة أو أكثر، كانت النسبة ٣٣ بالمائة. لماذا تزداد احتمالية تعرض الفتيات اللواتي عانين من الانتهاك أو الإهمال، لما تزداد احتمالية تعرضهن للاغتصاب لاحقًا في حياتهن؟ إن إجابات هذا السؤال لها آثار تتجاوز الاغتصاب؛ فعلىٰ سبيل المثال، أظهرت العديد من الدراسات أن الفتيات اللواتي يشهدن عنفًا منزليًّا أثناء ترعرعهن هن أنفسهن أكثر عرضة لخطر التورط في علاقات يسودها العنف حين يكبرن، أما بالنسبة للأولاد الذين يشهدون عنفًا منزليًّا، فإن خطر إساءتهم لشريكاتهم يرتفع سبعة أضعاف[18]. ولقد شاهد أكثر من ١٢ في المائة من المشاركين في الدراسة أمهم تتعرض لضرب متكرر.

إن قائمة السلوكيات عالية الاختطار التي تنبأ بها مقياس «الخبرات الضائرة» قد تضمنت ما يلي: التدخين، والسمنة، والحمل غير المقصود، وتعدد الشركاء

الجنسيين، والأمراض المنقولة جنسيًّا. وأخيرًا، فقد كانت حصيلة المشكلات الصحية الكبرىٰ مذهلة: كان احتمال المعاناة الراهنة من أيٍ من الأسباب العشرة الرئيسية للوفاة في الولايات المتحدة لدىٰ الحاصلين علىٰ ست درجات أو أعلىٰ في المقياس أكبر بنسبة ١٥% أو أكثر مقارنة بأولئك الذين حصلوا علىٰ درجة صفر، بما في ذلك الدَّاء الرِّئَوِيّ المسِدّ المزْمِن (COPD)، أمراض القلب الإقفارية (IHD)، وأمراض الكبد؛ كما كانوا أكثر عرضة للإصابة بالسرطان بمقدار الضعف وأكثر عرضة للإصابة بانتفاخ الرئة (emphysema) بأربعة أضعاف. وبهذا نجد أن الكرب الواقع علىٰ الجسد يستمر ويواصل التسبب في خسائر فادحة.

حينما تكون المشاكل في واقع الأمر عبارة عن حلول:

بعد اثني عشر عامًا من علاج فيليتي لتلك المرأة، التي دفعه نقصان وزنها وزيادته بصورة دراماتيكية إلىٰ الشروع في تنقيبه، قابلها مجددًا، فأخبرته أنها كانت قد خضعت بعد ذلك لعملية جراحية لعلاج البدانة، لكن بعد أن فقدت ستة وتسعين رطلًا، صار لديها ميول انتحارية، بل تطلب الأمر خمسة إدخالات في المستشفيات النفسانية وثلاث دورات من الصدمات الكهربائية للسيطرة علىٰ ميلها الانتحاري. يشير فيليتي إلىٰ أن السمنة، التي تُعتبر مشكلة كبرىٰ للصحة العامة، قد تكون في واقع الأمر حلًّا شخصيًّا بالنسبة للكثيرين؛ وضع في اعتبارك الآثار المترتبة علىٰ ذلك: إذا اختلط عليك الأمر فرأيت الحل علىٰ أنه مشكلة لدىٰ الشخص يجب التخلص منها، فلن يقتصر الأمر علىٰ احتمال فشل العلاج -كما يحدث غالبًا في برامج الإدمان-، بل ربما تبزغ مشكلات أخرىٰ أيضًا.

أخبرت إحدىٰ ضحايا الاغتصاب فيليتي: «لا يلتفت الناس لذوات الوزن المفرط، وهذا هو الحال الذي أحتاج أن أكون عليه»١٩. كما أن الوزن قد يحمي الرجال أيضًا؛ إذ يذكر فيليتي حارسَين بسجن الولاية كانا ضمن برنامج السمنة الخاص به، وسرعان ما استعاد كل منهما الوزنَ الذي فقده لأنه كان يشعر بأمان أكبر في كونه أضخم رجل في مجمع الزنازين. كما اكتسب شاب آخر سمنةً بعد

طلاق والديه وانتقاله للعيش مع جده السكير؛ وأوضح قائلًا: «لم يكن أكلي استجابة للجوع وما إلىٰ ذلك، وإنما كان مجرد بقعة أشعر فيها بالأمان؛ فمنذ روضة الأطفال كنت أتعرض للضرب المبرح طوال الوقت، لكن حين ازداد وزني توقف ذلك عن الحدوث».

ثم خلص فريق البحث الخاص بـ «الخبرات الطفولية الضائرة» إلىٰ: «رغم أن من المفهوم علىٰ نطاق واسع أن التدخين، وشرب الكحول، والمخدرات، والسمنة أمور ضارة بالصحة، إلا أن كل تكيف من هذه التكيفات من الصعب الإقلاع عنه صعوبة ملحوظة، وما من أحد يأخذ في حسبانه احتمالَ أن العديد من الاختطارات الصحية طويلةِ الأمد قد تكون مفيدةً علىٰ المستوىٰ الشخصي علىٰ المدىٰ القريب؛ إذ نسمع مرارًا وتكرارًا من المرضىٰ عن فوائد هذه «الاختطارات الصحية». إن فكرة كون المشكلة حلًّا، رغم جلبها قلقلة للكثيرين، تتماشىٰ بالتأكيد مع حقيقة أن القوىٰ المتعارضة تتعايش بشكل روتيني داخل الأنظمة البيولوجية .... فما يراه المرء علىٰ أنه: المشكلة المسببة للشكوىٰ، لا يكون في الغالب سوىٰ علامة علىٰ المشكلة الحقيقية، التي تكون مدفونة في غياهب الزمن، ومحجوبة بخزي المريض، وسِرِّيته وأحيانًا بفقده للذاكرة؛ بل في كثير من الأحيان تكون محجوبةً بعدم ارتياح الطبيب».

إساءة معاملة الطفل: أضخم مشاكل الصحة العامة في بلادنا

أول مرة سمعت فيها روبرت أندا يقدم نتائج دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة»، لم يستطع حبس دموعه؛ إذ خلال مسيرته المهنية في «مراكز السيطرة علىٰ الأمراض» كان قد عمل في عدة ميادين مختصة بالأخطار الكبرىٰ، بما في ذلك صحة القلب والأوعيَة وأبحاث التبغ، ولكن عندما بدأت بيانات دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» في الظهور علىٰ شاشة حاسوبه، أدرك أنهم اكتشفوا بالصدفة أخطر قضايا الصحة العامة في الولايات المتحدة وأبهظها تكلفة: إساءة معاملة الأطفال. لقد حسب أن تكاليفها الإجمالية تجاوزت تكاليف السرطان أو المرض القلبي وأن القضاء علىٰ إساءة معاملة الأطفال في أمريكا من شأنه أن

يقلل من المعدل الإجمالي للاكتئاب إلىٰ أقل من النصف؛ ولإدمان الكحول إلىٰ الثلث؛ وللانتحار وتعاطي العقاقير بالحقن الوريدي والعنف المنزلي إلىٰ الربع[٢٠]. كما سيكون لذلك تأثير دراماتيكي علىٰ الأداء في بيئة العمل وسيقلل إلىٰ حد هائل من الحاجة إلىٰ السجن.

حين نُشر تقرير «وزارة الصحة» عن التدخين وعلاقته بالصحة عام ١٩٦٤م، أطلق العنان لحملة قانونية وطبية استمرت عقودًا من الزمان وغيرت الحياة اليومية والإمكانيات الصحية طويلة المدىٰ لملايين من الناس؛ فقد انخفض عدد المدخنين الأمريكيين من ٤٢ في المائة من الراشدين عام ١٩٦٥م إلىٰ ١٩ في المائة عام ٢٠١٠م، ويقدَّر أنه تمت الوقاية مما يقرب من ٨٠٠ ألف حالة وفاة من سرطان الرئة بين عامي ١٩٧٥م و٢٠٠٠م[٢١].

ومع ذلك، فلم يكن لدراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» مثل هذا التأثير؛ ورغم أن دراسات المتابَعَة لا تزال تظهر في جميع أنحاء العالم، إلا أن الواقع اليومي للأطفال المشابهين لمارلين وأطفال العيادات الخارجية ومراكز العلاج الإقامي[١] في جميع أنحاء البلاد، لا يزال كما هو فعليًا. الآن يتلقون فحسب جرعات عالية من الأدوية نفسانية التأثير[٢]، التي تجعلهم أكثر قابلية للانصياع ولكن في الوقت ذاته تضعف أيضًا قدرتهم علىٰ الشعور باللذة والفضول، وعلىٰ النمو والنماء الوجداني والفكري، وأن يصيروا أعضاء مساهمين في المجتمع.

---

(1) Residential treatment.

(2) psychotropic agents.

الفصل العاشر
الصدمة النمائية
الوباء المستتر

إن الفكرة القائلة بأن «الخبرات الطفولية الضائرة» تؤدي إلىٰ اضطرابات نمائية كبيرة لهي حدس إكلينيكي أكثر من كونها حقيقة قائمة علىٰ البحث، ولا يوجد دليل معروف علىٰ اضطرابات نمائية مسبوقة زمنيًّا بأي نوع من متلازمة الصدمة سبقًا سببيًّا.

* من البيان الخاص برفض الجمعية الأمريكية للطب النفسي لتشخيص اضطراب الصدمة النمائية، مايو ٢٠١١م.

لكن الأبحاث حول آثار سوء المعاملة في باكورة الحياة تروي لنا قصة مختلفة: إن الإساءات الباكرة لها آثار سلبية دائمة علىٰ نماء الدماغ؛ إذ أن خبراتنا الباكرة تنحت أدمغتنا، وسوء المعاملة عبارة عن إزميل ينقش الدماغ ليؤهله لمكافحة القلاقل، ولكن علىٰ حساب جروح عميقة وباقية. إن إساءات الطفولة ليست أمرًا «تتناساه وتتخطاه»، وإنما شر يجب أن نعترف به ونواجهه إذا كنا نرغب في فعل أي شيء حيال حلقة العنف هذه المتروكة دون رقيب ولا حسيب في هذا البلد.

- د. مارتن تيتشر Martin Teicher**، طبيب وحاصل علىٰ الدكتوراه في علم النفس، مجلة «سايتنفيك أميريكان»** Scientific American

يوجد مئات الآلاف من الأطفال المشابهين للذين أنا بصدد وصفهم، وهم يستنفدون موارد هائلة، لكن دون فائدة ملموسة في أكثر الأحيان؛ واعلم أن هؤلاء الأطفال ينتهي بهم المطاف بشَغْل سجوننا، وسجلات الرعاية الاجتماعية، وعياداتنا الطبية؛ لكن معظمنا لا يراهم إلا في صورة إحصائيات. كما أن عشرات الآلاف من المدرسين، ومراقبي السلوك[١]، والعاملين في مجال الرعاية الاجتماعية، والقضاة، ومهنيي الصحة النفسية يقضون عمرهم في محاولة مساعدتهم، ودافعو الضرائب هم من يغطون التكاليف.

لم يكن أنتوني Anthony قد بلغ من العمر سوىٰ عامين ونصف حين أحاله أحد مراكز رعاية الطفل إلىٰ «تروما سنتر» الخاص بنا لأن موظفيه عجزوا عن السيطرة علىٰ عضّاته ونكزاته المتواصلة، ورفضه الغفوة، وبكائه المعنّد، وصدم رأسه بالحائط والأرض، وإحداثه الصخب والضجيج. لم يكن أنتوني يشعر بالأمان مع أي موظف، كما كان يتأرجح بين الانهيار القنوط والعناد المحتد.

حين قابلناه هو وأمه، وجدناه متشبثًا بها قلقًا، ومخفيًا وجهه، بينما ظلت تقول له: «لا تكن كالأطفال هكذا»؛ كما كان يجفل حين يرتطم أحد أبواب الرواق ثم يدس وجهه في حجر والدته؛ وعندما دفعَته بعيدًا، جلس في زاوية وأخذ يصدم رأسه، فقالت أمه: «إنه يفعل ذلك دائمًا ليزعجني ليس إلا». وحينما سألناها عن خلفيتها هي، أخبرتنا أن والديها قد هجراها فتولىٰ تربيتها مجموعة من الأقارب، والذين كانوا يضربونها، ويتجاهلونها وبدؤوا في انتهاكها جنسيًّا في سن الثالثة عشرة؛ ثم صارت حبلىٰ من خليل سكير، والذي فارقها لما أبلغته أنها تحمل طفله. كما قالت: إن أنتوني مشابه تمامًا لأبيه، لا نفع منه؛ وأنها قد خاضت العديد من الشجارات العنيفة مع أخدانها اللاحقين، لكنها كانت متأكدة من أن هذا كان يحدث في وقت متأخر جدًّا من الليل بحيث لم يكن أنتوني قادرًا علىٰ ملاحظة ذلك.

---

(١) مراقب السلوك هو الشخص الذي يتولىٰ مراقبة سلوك الأحداث الجانحين وما تقوم به المحاكم من الأعمال المتعلقة بهم. (المترجم).

لو أُدخل أنتوني في المستشفىٰ، فمن المحتمل أن يتم تشخيصه بمجموعة كبيرة من الاضطرابات النفسية المختلفة: الاكتئاب، واضطراب المعارض المتحدي، والقلق، واضطراب التعلق التفاعلي، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطراب الكرب التالي للصدمة. ورغم ذلك، فلن يوضح أي من هذه التشخيصات ما هي علّة أنتوني الحقيقية: أن الخوف يأكل قلبه فهو يقاتل من أجل حياته، ولا يثق في أن أمه من الممكن أن تساعده.

ثم هناك ماريا Maria، فتاة لاتينية تبلغ من العمر خمسة عشر عامًا، وهي واحدة من ضمن أكثر من نصف مليون طفل في الولايات المتحدة الذين ترعرعوا في كنف برامج دور التبني والعلاج الإقامي: ماريا شابة بدينة وعدوانية، ولديها تاريخ من الانتهاك الجنسي، والجسدي، والوجداني، كما قد عاشت منذ سن الثامنة في أكثر من عشرين مكانًا خارج إطار الأسرة. وكانت حزمة الملفات الطبية التي وصلت مع ماريا تصفها بأنها صموتة، انتقامية، اندفاعية، متهورة، مؤذية للذات، بالإضافة إلىٰ تقلبات مزاجية شديدة ومزاج انفجاري. أما هي فقد كانت تصف نفسها بأنها «رديئة، عديمة القيمة، مرفوضة».

بعد عدة محاولات انتحار، تم وضع ماريا في أحد مراكز العلاج الإقامي الخاصة بنا. في بادئ الأمر كانت صموتة، ومنسحبة، وينتابها العنف حين يقترب منها الناس اقترابًا شديدًا؛ وبعد فشل المقاربات الأخرىٰ، وُضعت في برنامج علاج بالخيول؛ حيث كانت تعتني بحصانها يوميًّا وتتعلم أساسيات الفروسية. وبعد مرور عامين، كنت أتحدث مع ماريا في حفل تخرجها في المدرسة الثانوية، كما كانت قد قُبلت في كلية ذات أربع سنوات. وحين سألتها ما أعظم شيء ساعدها، كان جوابها: «الحصان الذي اعتنيت به»؛ لقد أخبرتني أنها بدأت تشعر بالأمان لأول مرة مع حصانها؛ إذ كان موجودًا كل يوم، ينتظرها بصبر، ويبدو السرور عليه عند إقبالها؛ لقد بدأت تشعر بارتباط حشوي مع مخلوق آخر وبدأت تتحدث معه كأنه صديق. ثم بدأت رويدًا رويدًا في التحدث مع الأطفال الآخرين بالبرنامج، وفي النهاية، مع مرشدها النفسي.

وفرجينيا Virginia هي فتاة بيضاء متبناة تبلغ من العمر ثلاثة عشر عامًا، أُخذَت من أمها البيولوجية بسبب معاقرة الأم للمخدرات؛ وبعد استبداد المرض بأمها المتبنية الأولىٰ ثم وفاتها، ظلت تتنقل من دار تبنٍّ إلىٰ أخرىٰ حتىٰ تبنتها إحدىٰ الأسر مجددًا. ولقد كانت فرجينيا إغْوَائِية مع أي ذَكرٍ يصادفها، كما أبلغت عن تعرضها للانتهاك الجنسي والجسدي من العديد من مقدمي الرعاية المؤقتين وجليسي/جليسات الأطفال. لقد جاءت فرجينيا إلىٰ برنامج العلاج الإقامي الخاص بنا بعد ثلاثة عشر إدخالًا في المستشفىٰ بسبب محاولات الانتحار؛ ولقد وصفها الطاقم الطبي بأنها منعزلة، وتحكمية، وانفجارية، ومشحونة بالجنس[١]، وتطفلية، وانتقامية، ونرجسية؛ أما هي فقد وصفت نفسها بأنها مثيرة للاشمئزاز وقالت إنها تتمنىٰ الموت. كانت التشخيصات الموجودة في ملفها هي الاضطراب ثنائي القطب، والاضطراب الانفجاري المتقطع[٢]، واضطراب التعلق التفاعلي[٣]، واضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، واضطراب المعارض المتحدي، واضطراب معاقرة المواد. لكن مَن هي فرجينيا حقًّا؟ وكيف نساعدها علىٰ أن تحظىٰ بحياة؟!

لا أمل في حل مشاكل هؤلاء الأطفال إلا إذا عرَّفنا ما يجري معهم تعريفًا صحيحًا وفعلنا ما هو أكثر من ابتكار عقاقير جديدة للسيطرة عليهم أو محاولة العثور علىٰ الجين المسؤول عن «مرضهم». ويتمثل هذا التحدي في إيجاد طرق لمساعدتهم علىٰ عيش حياة منتجة، وبهذا نوفر مئات الملايين من الدولارات من مال دافعي الضرائب. وتلك العملية تبدأ بمواجهة الحقائق.

جينات سيئة؟

في ظل تلك المشاكل المتفشية وهؤلاء الآباء والأمهات المختلين وظيفيًّا، سيغرينا عزو مشاكلهم ببساطة إلىٰ الجينات السيئة. ولطالما أنتجت التكنولوجيا

(١) الشحن بالجنس Sexualization: هي حالة يتم فيها إضفاء قيمة جنسية للأشياء والوظائف. (ص).

(2) intermittent explosive disorder.

(3) reactive attachment disorder.

اتجاهاتٍ جديدة للبحث العلمي، وحين صار من الممكن إجراء الاختبارات الجينية، أصبح الطب النفسي ملتزمًا بإيجاد الأسباب الجينية للأمراض النفسية. وقد بدا العثور علىٰ رابط جيني أمرًا هامًّا بوجه خاص لمرض الفصام، الذي يُعتبر شكلًا شائعًا نسبيًّا[1]، وشديدًا، ومحيرًا من أشكال المرض النفسي، وهو أحد الأمراض التي تسري سريانًا واضحًا في العائلات. ورغم ذلك، فبعد مرور ثلاثين عامًا من الأبحاث التي بلغت قيمتها ملايين الدولارات، فشلنا في العثور علىٰ أنماط جينية ثابتة للفصام، أو لأي مرض نفسي آخر في هذا الصدد٢؛ كما اجتهد بعض زملائي لاكتشاف العوامل الجينية التي تجعل الناس عرضة للإصابة بالكرب الصدمي٣، ولا يزال هذا المسعىٰ مستمرًا، لكنه حتىٰ يومنا هذا قد فشل في تقديم أي إجابات وجيهة٤.

لقد أزهقت الأبحاثُ الحديثة الفكرةَ البسيطة القائلة بأن «وجود» جين معين يؤدي إلىٰ نتيجة معينة؛ إذ اتضح أن العديد من الجينات تعمل جنبًا إلىٰ جنب لإنتاج محصلة واحدة. والأهم من ذلك أن الجينات ليست ثابتة؛ إذ يمكن أن تؤدي الأحداث الحياتية إلىٰ إطلاق رسائل كيميائية حيوية تؤدي إلىٰ إيقاد تلك الجينات أو إطفائها عن طريق ربط مجموعات الميثيل -وهي عنقود متألف من ذرات الكربون والهيدروجين- بالجزء الخارجي من الجين (عملية تُسمَّىٰ المَثْيَلَة methylation)، فتزداد حساسية الجين للرسائل الواردة من الجسم أو تقل. ورغم أن الأحداث الحياتية يمكن أن تغير سلوك الجين، إلا أنها لا تبدّل بنيته الأساسية؛ ولكن أنماط المثيلة يمكن أن تورَّث إلىٰ النسل - وهي ظاهرة معروفة باسم علم التَّخَلُّق[2]. ومرة أخرىٰ، فالجسد لا ينسىٰ، ويحتفظ بالذكرىٰ في أعمق مستويات الكائن الحي.

إن إحدىٰ أكثر التجارب التي يُستشهد بها في علم التخلق أجراها الباحث مايكل ميني Michael Meaney من جامعة ماكجيل، الذي يدرس وِلدان الفئران

---

(١) يصيب حوالي ١ في المائة من السكان. (المؤلف).

(٢) علم التَّخَلُّق (المتوالي): epigenetics تغير نشاط الجينات دون تغيير تركيبها، وقد تكون هذه التغيرات تلقائية، استجابةً لعوامل بيئية أو سلوكية. (ح).

وأمهاتهم٥: لقد اكتشف أن مقدار لعق الأم لصغارها وتنظيفها إياهم خلال الاثنتي عشرة ساعة الأولىٰ من ولادتهم له أثر دائم علىٰ المواد الكيميائية الدماغية المستجيبة للكرب، كما يغيِّر تهايؤ (شكل) أكثر من ألف جين؛ إن صغار الفئران الذين تلعقهم أمهم لعقًا مكثفًا يصيرون أكثر شجاعة وتصدر عنهم مستويات أقل من الهرمونات الكربية عند مواجهة الكرب مقارنة بالفئران التي تكون أمهاتهم أقل اكتراثًا؛ كما يستعيدون اتزانهم علىٰ نحو أسرع، وتلك رصانة تدوم طوال حياتهم؛ كما تنشأ لديهم روابط أقوىٰ داخل الحُصين، الذي هو المركز الرئيسي للتعلم والذاكرة، ويؤدون أداءً أفضل في مهارة هامة لدىٰ القوارض؛ العثور علىٰ طريق الخروج من المتاهة.

لقد بدأنا للتو في تعلم أن الخبرات الكاربة تؤثر علىٰ التعبير الجيني لدىٰ البشر أيضًا؛ فالأطفال الذين كانوا أجنة حين علقت أمهاتهم داخل منازل غير مُدفَأة أثناء العاصفة الثلجية الطويلة التي حلت بمقاطعة «كيبيك» كان لديهم تغيرات تَّخَلُّقِية مقارنة بأطفال الأمهات اللواتي تمت استعادة حرارتهن في غضون يوم واحد٦. كما قام الباحث من جامعة ماكجيل موشيه زيف Moshe Szyf بمقارنة شاكِلَات التَّخَلُّقِ لدىٰ مئات الأطفال المولودين الواقعين في أقصىٰ طرفي الامتياز الاجتماعي بالمملكة المتحدة، وبقياس آثار إساءات الطفولة علىٰ كلتا المجموعتين؛ ووجد أن الاختلافات في الطبقة الاجتماعية مرتبطة ارتباطًا واضحًا بشاكلات جينية مختلفة، لكن الأطفال الذين تعرضوا للإساءات في كلتا المجموعتين كان لديهم تغيراتٌ مُحددةٌ ومشتَرَكةٌ في ثلاثة وسبعين جينًا. وعلىٰ حد تعبير زيف، «يمكن أن تحدث تغيرات كبيرة لأجسادنا ليس بالمواد الكيميائية والسموم فحسب، ولكن أيضًا بالكيفية التي يتحدث بها العالم الاجتماعي إلىٰ الدماغ»٧،٨.

القردة توضح المسائل القديمة حول «الطبيعة مقابل البيئة» (الوراثة مقابل التنشئة)

إحدىٰ أوضح الطرق لفهم كيفية تأثير جودة التربية والبيئة علىٰ التعبير الجيني تأتي من العمل الذي قام به ستيفن سومي Stephen Suomi، رئيس «مختبر عِلْم

الطِبَاع الخُلُقِيَّة المقارن[1]» بـ «المعاهد الوطنية للصحة»: منذ أكثر من أربعين عامًا، ظل سومي يدرس انتقال الشخصية عبر أجيال قردة الريسوس، التي تشترك في ٩٥ بالمائة من الجينات البشرية، وهو رقم لا يتجاوزه سوىٰ قردة الشمبانزي والبابون. كما البشر، تعيش قردة الريسوس في فئات اجتماعية كبيرة مع تحالفات ومَرتَبات معقدة، ولا يتمكن من البقاء والازدهار سوىٰ الأعضاء الذين يستطيعون مزامنة سلوكهم مع متطلبات القبيلة.

كما تشبه قردة الريسوس البشرَ في أنماط تعلقهم؛ إذ يعتمد أطفالها علىٰ الاتصال الجسدي الحميم بأمهاتهم، ومثلما لاحظ بولبي في البشر بالضبط، فنماؤهم يحدث باستكشاف ردود فعلهم تجاه بيئتهم، والفرار إلىٰ أمهم متىٰ ما شعروا بالخوف أو التيه. وبمجرد أن يصيروا أكثر استقلالية، يغدو اللعب مع أقرانهم هو السبيل الأساسي الذي يتعلمون به كيفية التكيف مع الحياة.

حدد سومي نوعين من أنواع الشخصية كانا يقعان في المشاكل باستمرار:

١) القردة المتوترة القلقة: التي تصير خائفة، ومنسحبة، ومكتئبة، حتىٰ في المواقف التي تذهب فيها القردة الأخرىٰ للاستكشاف واللعب.

٢) القردة شديدة العدوانية: التي تُحدِث الكثير من المشاكل لدرجة أنها غالبًا ما تتعرض للنبذ، أو الضرب المبرح، أو القتل.

كلا النوعين مختلف بيولوجيًّا عن الأقران؛ كما يمكن رصد الشذوذات في مستويات التيقظ، والهرمونات الكربية واستقلاب مواد الدماغ الكيميائية -مثل السيروتونين- لدىٰ هذه القردة أثناء الأسابيع القليلة الأولىٰ من الحياة، كما لا تتغير بيولوجيتها ولا سلوكها بنضجها. كما اكتشف سومي مجموعة من السلوكيات المدفوعة جينيًّا؛ فعلىٰ سبيل المثال، تستهلك القردة المتوترة[2] عند بلوغ سن الرابعة قدرًا أكبر من الكحول في المواقف التجريبية مقارنة بالقردة

---

(1) Laboratory of Comparative Ethology.

(٢) مصنفة علىٰ هذا النحو علىٰ أساس كلٌ من سلوكها وارتفاع مستويات الكورتيزول لديها عند بلوغ الشهر السادس. (المؤلف).

الأخرىٰ. كما أن القردة العدوانية جينيًّا تفرط في شرب الكحول هي أيضًا، لكنها تشرب بنهمٍ إلىٰ درجة الإغماء، في حين أن القردة المتوترة بدا أنها تشرب لتهدأ.

ومع ذلك، فالبيئة الاجتماعية تساهم أيضًا إلىٰ حد كبير في السلوك والبيولوجيا؛ إذ لا تلعب الإناث المتوترة القلقة بشكل جيد مع الآخرين، وبالتالي فغالبًا ما تفتقر إلىٰ الدعم الاجتماعي حين تلد كما تكون عرضة لإهمال المواليد الأوائل أو انتهاكهم. ولكن حينما تنتمي تلك الإناث إلىٰ فئة اجتماعية مستقرة، فغالبًا ما يصرن أمهات دؤوبات علىٰ حفظ صغارهن من كل مكروه. أما الأمهات العدوانيات، في المقابل، فلم يقدّمن أي مزايا اجتماعية: لقد كن شديدات العقاب لأبنائهن، إذ لوحظ الكثير من الضرب، والرفس، والعض. وإذا تمكن الأطفال من النجاة، فعادة ما تمنعهم أمهم من تكوين صداقات مع أقرانهم.

في الحياة الواقعية، من المستحيل معرفة ما إذا كان سلوك الناس العدواني أو المتوتر ناتجًا عن جينات الوالدين أو ترعرعهم علىٰ يد أم مسيئة - أو كليهما. ولكن في مختبر القردة، يمكنك أخذ الوِلدان ذوي الجينات سريعة التأثر، يمكنك أخذهم من أمهم البيولوجية وتربيتهم علىٰ يد أمهات داعمات أو في حضانة مع أقرانهم.

لقد وجد أن القردة الصغيرة التي تؤخذ بعيدًا عن أمها حين الولادة وتترعرع بمفردها مع أقرانها تغدو شديدة التعلق بهم؛ إذ يتشبثون للغاية ببعضهم بعضًا ولا ينفصلون بما يكفي للانخراط في الاستكشاف واللعب الصحي؛ وقلة اللعب هذه يصاحبها الافتقار إلىٰ التعقيد والخيال المعتاد لدىٰ القردة العادية. كما أن هذه القردة تكبر فتصير متوترة: خائفة في المواقف الجديدة ومفتقرة إلىٰ الفضول. وبغض النظر عن استعدادها الجيني، فإن القردة التي تَربَّت علىٰ يد الأقران تفرط في رد فعلها تجاه الكروب الطفيفة: يزيد الكورتيزول لديها استجابةً للضوضاء الصاخبة زيادة أكبر مقارنة بالقردة التي تربت علىٰ يد أمها؛ كما يكون استقلاب السيروتونين لديها أكثر شذوذًا مقارنة بالقردة المستعدة جينيًّا للعدوان لكنها تربت علىٰ يد أمهاتها. وهذا يؤدي إلىٰ استنتاج مفاده أن الخبرة المبكرة -علىٰ الأقل عند القردة- مقدار تأثيرها علىٰ البيولوجيا مماثل علىٰ الأقل لتأثير الوراثة.

يشترك البشر والقردة في نفس ضَربَي[1] جين السيروتونين (المعروفين باسم «الأليلان القصير والطويل الناقلان للسيروتونين[2]»). فعند البشر، ارتبط الأليل القصير بالدفعانية، والعدوان، والسعي وراء الإحساس[3]، ومحاولات الانتحار، والاكتئاب الشديد. وأظهر سومي أن البيئة -علىٰ الأقل في القردة- تشكل كيفية تأثير هذه الجينات علىٰ السلوك؛ إذ أن القردة ذات الأليل القصير التي تربت علىٰ يد أم جيدة بما يكفي، هذه القردة كان سلوكها سلوكًا طبيعيًّا ولم يكن لديها خلل في استقلاب السيروتونين. في حين أن تلك التي تربت وسط أقرانها صارت شديدة المجازفة١٠. وبالمثل، فقد وجد الباحث النيوزيلندي أليك روي Alec Roy أن البشر ذوي الأليل القصير لديهم معدلات اكتئاب أعلىٰ من أولئك ذوي النسخة الطويلة، لكن بشرط أن يكون لديهم أيضًا تاريخ من الانتهاك أو الإهمال في الطفولة. وبهذا فالاستنتاج واضح: إن الأطفال المحظوظون بما فيه الكفاية لأن يحظوا بأم/أب متناغمة ومكترثة، هؤلاء لن تنشأ لديهم هذه المشكلة المرتبطة بالجينات١١.

إن العمل الذي قام به سومي يدعم كلَّ ما تعلمناه من زملائنا الذين يدرسون التعلق البشري ومن أبحاثنا الإكلينيكية: أن العلاقات المبكرة التي يسودها الأمان والحماية ضروريةٌ لوقاية الأطفال من المشاكل بعيدة المدىٰ. وبالإضافة إلىٰ ذلك، فالوالدون ذوو القابلية الجينية يمكنهم توريث تلك الحماية إلىٰ الجيل التالي شريطة أن يحصلوا علىٰ الدعم المناسب.

الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي:

إن كل مرض طبي تقريبًا، بدءًا من السرطان إلىٰ التهاب الشبكية الصباغي، لديه جماعات مناصرة تعزز دراسة تلك الحالة المعينة وعلاجها؛ ولكن حتىٰ عام

(1) gene variants.

(2) the short and long serotonin transporter alleles.

(٣) sensation seeking: هو السعي وراء الخبرات والمشاعر «المتنوعة، والجديدة، والمعقدة، والمكثفة»، والاستعداد «لتحمل مخاطر جسدية، واجتماعية، وقانونية، ومالية» من أجل مثل هذه الخبرات. (المترجم).

٢٠٠١م، حين تم إنشاء «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي»[1] بموجب قانون صادر عن الكونغرس، لم تكن هناك منظمة شاملة مكرسة للأبحاث الخاصة بالأطفال المصدومين وعلاجهم.

في عام ١٩٩٨م، تلقيت مكالمة من آدم كامينغز Adam Cummings، التابع لمؤسسة «ناثان كامينغز»[2]، يخبرني أنهم مهتمون بدراسة آثار الصدمة علىٰ التعلم، فأخبرتهم أنه رغم تمام بعض الأعمال الجيدة جدًّا حول هذا الموضوع١٢، إلا أنه لا يوجد منبر لتطبيق الاكتشافات التي تُوُصِّل إليها بالفعل. فلم يكن النماء النفسي، أو البيولوجي، أو الأخلاقي لدىٰ لأطفال المصدومين يُعلَّم بشكل منهجي للعاملين في رعاية الأطفال، أو لأطباء الأطفال، أو في كليات الدراسات العليا لعلم النفس أو الخدمة الاجتماعية.

اتفقنا أنا وآدم علىٰ أنه يتحتم علينا معالجة هذه المشكلة، وبعد ثمانية أشهر تقريبًا، عقدنا مجمع بحوث كان يضم ممثلين عن «الوزارة الأمريكية للصحة والخدمات الإنسانية»[3] و«وزارة العدل الأمريكية»، ومستشار الرعاية الصحية للسيناتور تيد كينيدي Ted Kennedy، ومجموعة من زملائي المتخصصين في صدمات الطفولة. كنا جميعًا علىٰ دراية بأساسيات كيفية تأثير الصدمة علىٰ نماء الذهن والدماغ، فكنا جميعًا ندرك أن صدمات الطفولة تختلف اختلافًا جذريًّا عن الكرب الصدمي لدىٰ الراشدين؛ وخلصت المجموعة إلىٰ أنه إذا كنا نأمل في أن تكون قضية صدمات الطفولة موضوعة علىٰ الخريطة وراسخة، فيجب أن تكون هناك منظمة وطنية تعزز دراسة صدمات الطفولة وتعليم المدرسين، والقضاة، والوزراء، والعاملين بدور الرعاية، والأطباء، ومراقبي السلوك، والممرضات، ومهنيي الصحة النفسية - أي شخص يتعامل مع الأطفال الذين تعرضوا لإساءة المعاملة والصدمات.

---

(1) The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN).

(2) Nathan Cummings Foundation.

(3) U.S. Department of Health and Human Services.

وكان أحد أعضاء فريق عملنا، بيل هاريس Bill Harris، يمتلك خبرة واسعة في التشريعات المتعلقة بالأطفال، فذهب للعمل مع طاقم السيناتور كينيدي لصياغة أفكارنا في القانون؛ ثم تم تمرير بيان إنشاء «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي» من مجلس الشيوخ بدعم ساحق من الحزبين؛ ومنذ عام ٢٠٠١م أخذت تنمو من كونها شبكة تعاونية مكونة من ١٧ موقعًا إلىٰ أكثر من ١٥٠ مركزًا علىٰ مستوىٰ البلاد. وبقيادة مراكز التنسيق بجامعة ديوك وجامعة كاليفورنيا في لوس أنجلوس، صارت «الشبكة الوطنية» مشتملة علىٰ الجامعات، والمستشفيات، والوكالات القبلية، وبرامج إعادة التأهيل من المخدرات، وعيادات الصحة النفسية، وكليات الدراسات العليا. كما أن كلًّا من هذه المواقع -بدوره- يتعاون مع أنظمة المدارس المحلية، والمستشفيات، ووكالات الرعاية الاجتماعية، وملاجئ المشردين، وبرامج قضاء الأحداث، وملاجئ العنف المنزلي، مع ما يزيد عن ٨٣٠٠ شريك منتسب.

بمجرد نشأة «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي» وتشغيلها، صارت لدينا الوسائل اللازمة لتجميع ملفات أكثر وضوحًا عن الأطفال المصدومين في كل جزء من البلد؛ حينئذ أجرىٰ زميلُ «تروما سنتر» جوزيف سبينازولا Joseph Spinazzola مسحًا فحص فيه سجلات ما يقرب من ألفي طفل ومراهق من شتىٰ أنحاء الشبكة١٣. وسرعان ما تأكد لدينا ما كنا مشتبهين فيه: لقد انحدرت الغالبية العظمىٰ من عائلات مختلة وظيفيًّا للغاية؛ وتعرض أكثر من نصفهم للانتهاك العاطفي و/أو كان مقدم الرعاية معطوبًا جدًّا لدرجة العجز عن العناية باحتياجاتهم، كما فقد ما يقرب من ٥٠ في المائة مقدم الرعاية مؤقتًا بذهابه للسجن، أو برامج العلاج، أو الخدمة العسكرية، فتولىٰ رعايتهم الغرباء، أو المتبنون، أو العشيرة النائية. وأفاد نصفهم تقريبًا أنهم شهدوا عنفًا منزليًّا، كما كان ربعهم ضحايا للانتهاك الجنسي و/أو الجسدي. بعبارة أخرىٰ، كان الأطفال والمراهقون في المسح بمثابة صور مرآتية لمرضىٰ «كايزر بيرماننت»، متوسطي العمر ومتوسطي الطبقة الذين درسهم فينسينت فيليتي في دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة»، الذين حصلوا علىٰ درجات مرتفعة في المقياس.

سلطة التشخيص:

في السبعينيات، لم تكن هناك طريقة لتصنيف الأعراض واسعة النطاق التي أصابت مئات الآلاف من المحاربين العائدين من فيتنام. وكما رأينا في الفصول الاستهلالية من هذا الكتاب، فقد أجبر هذا الإكلينيكيين علىٰ الارتجال في علاج مرضاهم ومنعهم من الاقتدار علىٰ الدراسة المنهجية للمقاربات التي نجحت بالفعل. ثم أدىٰ اعتماد تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة الذي طرحه «الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث» عام ١٩٨٠م إلىٰ دراسات علمية مكثفة وإلىٰ تطوير علاجات ناجعة، والتي تبين أن أهميتها ليس مقتصرة علىٰ المقاتلين القدامىٰ، فهي مهمة أيضًا لضحايا طائفة من الأحداث الصدمية، بما في ذلك الاغتصاب، والاعتداء، وحوادث الطرق١٤. وأحد الأمثلة علىٰ السلطة بعيدة المدىٰ لوجود تشخيص محدد هو حقيقة أنه بين عامي ٢٠٠٧م و٢٠١٠م، أنفقت «وزارة الدفاع» أكثر من ٢,٧ مليار دولار لعلاج اضطراب الكرب التالي للصدمة لدىٰ المحاربين القدامىٰ وأبحاثه، في حين أن في السنة الضريبية ٢٠٠٩م وحدها، أنفقت وزارة «شؤون المحاربين القدامىٰ» ٢٤,٥ مليون دولار علىٰ أبحاثٍ داخل المؤسسة لاضطراب الكرب التالي للصدمة.

إن تعريف «الدليل التشخيصي والإحصائي» لاضطراب الكرب التالي للصدمة واضح تمامًا: لقد تعرض الشخص لحدث مريع «يتضمن موتًا فعليًا أو تهديدًا بالموت أو إصابة خطيرة، أو تهديدًا للسلامة الجسدية لنفسه أو للآخرين» مما يتسبب في «درجة شديدة من الخوف، أو العجز، أو الرعب»، مؤديًا إلىٰ مجموعة متنوعة من المظاهر:

* إعادة اقتحامية لاختبار الحدث (ارتدادات ذكروية، وأحلام سيئة، والشعور كما لو أن الحدث يجري الآن).

* تجنب دائم ومُعيق (للأشخاص، أو الأماكن، أو الأفكار، أو المشاعر المرتبطة بالصدمة، وأحيانًا مع فقد أجزاء مهمة من الذاكرة) وزيادة التيقظ (الأرق، أو فرط اليقظة، أو التهيجية).

يشير هذا الوصف إلىٰ حبكة واضحة: يتدمر الشخص نفسيًا بغتةً وعلىٰ نحو غير متوقع بسبب حدث فظيع ثم لا يعود كما كان مرة أخرىٰ بتاتًا. وقد تكون الصدمة قد انتهت، لكن يعاد تشغيلها باستمرار في إعادة التدوير المستمرة للذكريات وفي الجهاز العصبي المعاد تشكيله.

ما مدىٰ صلة هذا التعريف بالأطفال الذين كنا نراهم؟ بعد حادثة صدمية واحدة -عضة كلب، أو حادث، أو شهود إطلاق نار بالمدرسة-، يمكن فعلًا أن ينشأ لدىٰ لأطفال الأعراضُ الأساسية لاضطراب الكرب التالي للصدمة المشابهة لتلك الخاصة بالكبار، حتىٰ لو كانوا يعيشون في بيوت آمنة وداعمة؛ ونتيجة لوجود تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة، نستطيع الآن علاج هذه المشاكل بشكل فعال.

أما في حالة الأطفال المضطربين الذين لديهم تاريخ من الانتهاك والإهمال الذين نراهم في العيادات، والمدارس، والمستشفيات، ومراكز الشرطة، فالجذور الصدمية لسلوكياتهم تكون أقل وضوحًا، وخصوصًا لأنهم نادرًا ما يتحدثون عن تعرضهم للضرب، أو الهجر، أو التحرش، حتىٰ حين يُسألون. كما أن ٨٢ في المائة من الأطفال المصدومين الذين فُحصوا في الشبكة الوطنية لا يستوفون معايير تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة١٥. ونظرًا لأنهم غالبًا ما يكونون منطفئين، أو ارتيابيين، أو عدوانيين، فإنهم يتلقون الآن تشخيصات علمية زائفة مثل «اضطراب المعارض المتحدي»، ما يعنىٰ أن «هذا الطفل يمقُتُني ولن يفعل أي شيء آمره به» أو «اضطراب المزاج المتقلب المشوش[1]»، ما يعني أنه يصاب بثورات مزاج. ونظرًا لأن هؤلاء الأطفال يعانون من مشكلات عديدة كالتي يعاني منها أولئك، يتراكم عليهم تشخيصات جمة بمرور الوقت. وقبل بلوغ هؤلاء الأطفال سن العشرين، يكون العديد منهم قد أُعطيَ أربعة، أو خمسة، أو ستة -أو أكثر- من هذه الوسوم المبهرة ولكن عديمة المعنىٰ. وإذا حدث بأي شكل وأن تلقوا علاجًا، فإنهم يحصلون علىٰ كل ما يروج له بأنه طريقة التدبير الأنيقة

(1) Disruptive Mood Regulation Disorder.

العصرية: الأدوية، أو تعديل السلوك، أو علاج التعريض؛ لكن هذه الأمور نادرًا ما تجدي نفعًا بل غالبًا ما تسبب مزيدًا من الضرر.

مع قيام «الشبكة الوطنية» بعلاج المزيد والمزيد من الأطفال، استمر اتضاح حاجتنا إلىٰ تشخيص يلتقط واقع خبرتهم، لذا بدأنا بقاعدة بيانات تضم ما يقرب من عشرين ألف طفل يعالجون في مواقع مختلفة داخل الشبكة وجمعنا كل المقالات البحثية التي كان بمقدورنا العثور عليها عن الأطفال الذين عانوا من الانتهاك والإهمال؛ ثم تم فرز هذه الدراسات إلىٰ ١٣٠ دراسة ذات صلة معتبرة والتي قدمت تقارير عن أكثر من مائة ألف طفل ومراهق من جميع أنحاء العالم. بعد ذلك ظَلَّ فريق عمل رئيسي مكون من اثني عشر إكلينيكيًا/باحثًا متخصصًا في صدمة الطفولة١٦، ظلَّ يجتمع مرتين سنويًا لمدة أربع سنوات لصياغة مقترح للتشخيص الملائم، والذي قررنا تسميته «اضطراب الصدمة النمائية»١٧ Developmental Trauma Disorder.

وأثناء تنظيمنا للنتائج التي توصلنا إليها، اكتشفنا مرتسمًا متسقًا:

١) نمط متغلغل من اختلال التنظيم.

٢) مشاكل في الانتباه والتركيز.

٣) صعوبات في الانسجام مع أنفسهم والآخرين.

كانت أمزجة هؤلاء الأطفال ومشاعرهم سريعة التبدل من أحد الطرفين إلىٰ الآخر -من ثورات المزاج والهلع إلىٰ الانفصال، والفتور، والتفارق. وحين كانوا يتوعكون (والذي كان يحدث أغلب الوقت)، لم يكن بمقدورهم تهدئة أنفسهم ولا وصف ما كانوا يشعرون به.

إن نظامهم البيولوجي الذي يواصل ضخ الهرمونات الكربية للتعامل مع التهديدات الحقيقية أو المتخيلة يؤدي إلىٰ مشاكل جسدية: اضطرابات النوم، والصداع، والألم غير المبرر، وفرط الحساسية للمس أو الصوت. كما أن شدة اهتياجهم أو انطفائهم تمنعهم من الاقتدار علىٰ ضبط انتباههم وتركيزهم. ولتخفيف التوتر عن أنفسهم، يتورطون علىٰ نحو مزمن في الاستمناء،

أو الاهتزاز، أو إيذاء الذات (العض، والجرح، والحرق، وصدم أنفسهم بالأشياء الصلبة، ونتف شعرهم، وخدش جلدهم حتىٰ النزيف). كما يؤدي هذا إلىٰ صعوبات في معالجة اللغة وتنسيق الحركات الدقيقة؛ إذ ينفقون كل طاقتهم علىٰ الحفاظ علىٰ السيطرة، وعادة ما يلاقون صعوبة في تركيز انتباههم علىٰ الأمور الحياتية -كالمهام المدرسية التي لا ترتبط مباشرة بالبقاء/النجاة- كما أن فرط تيقظهم يسهّل من تشتتهم.

إن تعرضهم المتكرر للتجاهل أو الهجر يؤدي بهم إلىٰ التشبث والعوز، حتىٰ مع الأشخاص الذين أساؤوا معاملتهم. وبتعرضهم المزمن للضرب، والتحرش، وسوء المعاملة، لا يسعهم إلا أن يُعرّفوا أنفسهم علىٰ أنهم معيبون وعديمو القيمة؛ ولقد وصلوا إلىٰ كرههم للذات، وحسهم بالمعيوبية وعدم القيمة بكل نزاهة. أكان من المفاجئ أنهم لم يكونوا يثقون بأحد؟ وأخيرًا، فإن المزيج المتمثل في شعورهم بحقارة جوهرهم وفرط الاستجابية للإحباط الطفيف يصعِّب عليهم تكوين صداقات.

لقد نشرنا المقالات الأولىٰ حول النتائج التي توصلنا إليها، وابتكرنا مقياسًا صادقًا للتقييم١٨، وجمعنا بيانات حول ٣٥٠ طفلًا ووالديهم أو متبنيهم لإثبات أن هذا التشخيص الوحيد، «اضطراب الصدمة النمائية»، قد التقط النطاق الكامل لما يسبب مشاكل لهؤلاء الأطفال؛ وسيمكننا ذلك من إعطائهم تشخيصًا واحدًا، علىٰ عكس الوسوم المتعددة، وهذا سيحدد بدقة منبع مشاكلهم في مزيج من الصدمة والتعلق المقوَّض.

وفي فبراير ٢٠٠٩م، قدمنا تشخيصنا الجديد المقترح لـ «اضطراب الصدمة النمائية» إلىٰ «الجمعية الأمريكية للطب النفسي»، مع ذكر ما يلي في خطاب التقديم:

إن الأطفال الذين يترعرعون في سياق الخطر المتواصل، وسوء المعاملة، وأنظمة مختلة من تقديم الرعاية، هؤلاء لا ينتفعون من أنظمة التشخيص الراهنة التي تؤدي إلىٰ التركيز علىٰ التحكم السلوكي دون التعرف علىٰ الصدمات

العلائقية. في حين أن الدراسات التي أجريت علىٰ تبعات صدمات الطفولة في سياق إساءة معاملة مقدمي الرعاية أو إهمالهم، هذه الدراسات تظهر باستمرار المشكلات المزمنة والجسيمة فيما يتعلق بتنظيم الانفعال، والتحكم في الاندفاع، والانتباه والإدراك، والتفارق، والعلاقات العلائقية، والمخططات الذاتية والعَلائقية. وفي غياب تشخيص حساس خاص بالصدمة، يشخَّص هؤلاء الأطفال حاليًا بمتوسط ٣-٨ اضطرابات مراضة مرافقة. وهذه الممارسة المستمرة المتمثلة في تطبيق تشخيصات مراضة مرافقة متعددة ومتباينة للأطفال المصدومين تؤدي إلىٰ عواقب وخيمة: إنها تتحدىٰ الضَّنّ[1]، وتحجب الوضوح السببي، وتشكل خطر إحالة العلاجات والتدخلات لتكون منصبة علىٰ جانب صغير من سيكوباثولوجيا الطفل بدلًا من تعزيز المقاربة العلاجية الشاملة.

بعد وقت قصير من تقديم مقترحنا، ألقيتُ محاضرة حول «اضطراب الصدمة النمائية» في واشنطن العاصمة في اجتماعٍ لمفوضي الصحة النفسية من جميع أنحاء البلاد، فعرضوا علينا دعم مبادرتنا بكتابة خطاب إلىٰ «الجمعية الأمريكية لعلم النفس». ويبدأ الخطاب بالإشارة إلىٰ أن «الرابطة الوطنية لمديري برامج الصحة النفسية بالدولة[2]» تخدم ٦,١ مليون شخص سنويًا، بميزانية قدرها ٢٩,٥ مليار دولار، ثم خلصت إلىٰ: «نحثُّ «الجمعية الأمريكية لعلم النفس» علىٰ إضافة الصدمة النمائية إلىٰ قائمتها الخاصة بالميادين ذات الأولوية، من أجل توضيح وتمييز أفضل لمسارها وعقابيلها الإكلينيكية، كما نحثها علىٰ التشديد علىٰ الحاجة الملحة لتناول الصدمة النمائية عند تقييم المرضىٰ».

لقد شعرت بالثقة في أن هذا الخطاب سيضمن أن تأخذ الجمعية الأمريكية لعلم النفس مقترحنا علىٰ محمل الجد، ولكن بعد بضعة أشهر من تقديمنا، أخبرنا ماثيو فريدمان Matthew Friedman، المدير التنفيذي لـ «المركز الوطني لاضطراب

(١) الضن (أو التفسير البسيط) parsimony: قاعدة في الطب تقول بضرورة وضع تشخيص واحد لتفسير الحالة المرضية بدلًا من وضع عدد من التفسيرات وأكثر من تشخيص لتلك الأعراض المرضية. (ص).

(2) National? Association of State Mental Health Program Directors.

الكرب التالي للصدمة» ورئيس اللجنة الفرعية للدليل التشخيصي والإحصائي المعنية، أخبرنا أن «اضطراب الصدمة النمائية» من غير المرجح أن يضمَّن في «الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس»؛ وكتب أن المسؤولين أجمعوا علىٰ أنه لا حاجة لتشخيص جديد لسد «خانة تشخيصية مغفول عنها». أمليون طفل يتعرضون للانتهاك والإهمال كل عام في الولايات المتحدة يُعتبر «خانة تشخيصية»؟

واستطرد الخطاب: «إن الفكرة القائلة بأن الخبرات الطفولية الضائرة المبكرة تؤدي إلىٰ اضطرابات كبيرة في النماء لهي حدس إكلينيكي أكثر من كونها حقيقة قائمة علىٰ البحث؛ ورغم هذا البيان يشيع تقديمه، لكن لم يستطع أحد أن يدعمه بالدراسات الاستباقية[١]». وفي واقع الأمر، فلقد قمنا بتضمين بضع دراسات استباقية في مقترحنا، فدعونا نلقي نظرة هنا علىٰ اثنتين منها فحسب.

كيف تشكّل العلاقاتُ النماء:

بدءًا من عام ١٩٧٥م واستمرارًا لثلاثين عامًا تقريبًا، قام آلان صروف Alan Sroufe وزملاؤه بتتبع ١٨٠ طفلًا وعائلاتهم من خلال «دراسة مينيسوتا الطولانية للاختطار والتكيف١٩»[٢]. وفي الوقت الذي بدأت فيه الدراسة كان هناك نقاش حاد حول دور الوراثة مقابل التنشئة، والمزاج مقابل البيئة، في النماء البشري، وقد وُضعت هذه الدراسة في محاولة للإجابة عن تلك الأسئلة. لم تكن الصدمة قد صارت موضوعًا شائعًا بعد، ولم يكن انتهاك الأطفال وإهمالهم محورًا مركزيًّا لهذه الدراسة، علىٰ الأقل في البداية، حتىٰ اتضح أنهما أهم عاملي تنبؤ للأداء الوظيفي لدىٰ الراشدين.

بالعمل مع الوكالات الطبية والاجتماعية المحلية، قام الباحثون بتوظيف نساء (قوقازيات) حديثات العهد بالأمومة ممن كن فقيرات بما يكفي لاستحقاق الإعانات الحكومية ولكن ذوات خلفيات مختلفة ولديهن أيضًا أشكال ومستويات

---

(1) prospective studies.

(2) Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation.

مختلفة من الدعم المتوفر في التربية. بدأت الدراسة قبل ثلاثة أشهر من ولادة الأطفال ثم تتبعت الأطفال لمدة ثلاثين عامًا، بتقييم وقياس كافة الجوانب الرئيسية لوظيفيتهم وجميع الظروف الهامة في حياتهم، حيثما كان ذلك ذا صلة. ولقد نظرَت الدراسة في بضعة أسئلة جوهرية: كيف يتعلم الأطفال إيلاء الانتباه أثناء تنظيم تيقظهم (أي تجنب التطرف في الارتفاعات أو الانخفاضات) وكبح جماح اندفاعاتهم؟ ما أنواع الدعم التي يحتاجونها، ومتىٰ يكونون بحاجة لها؟

بعد مقابلات واختبارات مستفيضة للوالدين الاستباقيين، انطلقت الدراسة انطلاقها الحقيقي في محضن الوِلدان، حيث راقب الباحثون الولدان وأجروا مقابلات مع طاقم التمريض الراعي لهم؛ وبعد ذلك قاموا بزيارات منزلية في اليوم السابع والعاشر من الولادة؛ وقبل التحاق الأطفال بالصف الأول، كان الباحثون قد قاموا بتقييمهم هم ووالديهم خمس عشرة مرة تقييمًا دقيقًا. وبعد ذلك، استمر إجراء مقابلات واختبارات للأطفال علىٰ فترات منتظمة حتىٰ سن الثامنة والعشرين، إلىٰ جانب معطيات مستمرة من الأمهات والمعلمين.

وجد صروف وزملاؤه أن جودة الرعاية والعوامل البيولوجية متشابكتان بشكل وثيق؛ وإنه لأمر مدهش أن نرىٰ كيف تُرَدِّد نتائج «مينيسوتا» -علىٰ الرغم من التعقيد الكبير- ما اكتشفه ستيفن سومي في مختبر الرئيسيات[١]: لا شيء منقوش علىٰ الحجر؛ إذ لم تتنبأ شخصية الأم، ولا شذوذات الرضيع العصبية عند الولادة، ولا حاصل ذكائه IQ، ولا مزاجه -بما في ذلك مستوىٰ نشاطه وتفاعليته مع الكرب-، كل ذلك لم يتنبأ بما إذا كان الطفل سيصاب بمشاكل سلوكية خطيرة في مرحلة المراهقة٢٠؛ بل كانت القضية الرئيسية في واقع الأمر هي طبيعة العلاقة بين الوالد وطفله: كيف يشعر الآباء/الأمهات تجاه أطفالهم ويتفاعلون معهم. وكما هو الحال مع قردة سومي، المزيج المتمثل في الرُّضَّع الهَشّين ومقدمي الرعاية الصارمين، هذا المزيج قد تمخض عن أطفال متشبثين ومتوترين.

(١) الرئيسيات primates: إحدىٰ رتب الثدييات في التصنيف العلمي للمملكة الحيوانية، وتتضمن جميع الأنواع التابعة لليموريات والقردة بالإضافة للإنسان. موقع marefa.org (المترجم).

كما أن سلوك الوالدين المتسم بالتعسف والتطفل، وتبلد الإحساس في عمر الستة أشهر، قد تنبأ بفرط الحركة ومشاكل الانتباه في مرحلة الروضة وما بعدها٢١.

بالتركيز علىٰ العديد من جوانب النماء، لا سيما العلاقة بمقدمي الرعاية والمدرسين والأقران، وجد صروف وزملاؤه أن مقدمي الرعاية لا يساعدون وحسب في الحفاظ علىٰ التيقظ ضمن حدود يمكن السيطرة عليها، بل أيضًا يساعدون الأطفال علىٰ تنمية قدرتهم الخاصة علىٰ تنظيم التيقظ؛ إذ أن الأطفال الذين كان يتم إسقاطهم من حين لآخر في هاوية فرط التيقظ واختلال التنظيم لم ينشأ لديهم التناغم القويم بين الأنظمة الدماغية المثبطة والمنشطة، كما شبّوا وهم يتوقعون أنهم سيفقدون صوابهم إذا أصابهم توعك. لقد كانت هذه شريحة مجتمعية هشة، وبحلول أواخر المراهقة، صار نصفهم يعاني من مشاكل الصحة النفسية المشخَّصة. كما كان هناك أنماط واضحة: لقد أصبح الأطفال الذين تلقوا رعاية متسقة أطفالًا متسمين بحسن التنظيم، في حين أن الرعاية غريبة الأطوار أسفرت عن أطفال ذوي تيقظ فيزيولوجي مزمن؛ إذ أن أطفال الوالدَين غير المتوقَّعَين غالبًا ما كانوا متسمين بكثرة طلب الاهتمام كما كانوا يصابون بإحباط شديد عند مواجهة التحديات الطفيفة. لقد جعلهم تيقظهم المستمر في قلق مزمن، وكان البحث المتواصل عن التطمين يقف عائقًا في طريق اللعب والاستكشاف، ونتيجة لذلك، شبّوا وهم في حالة مزمنة من النرفزة والعزوف عن المغامرة.

كما أن الإهمال الوالدي أو قسوة المعاملة الباكرين قد أدىٰ إلىٰ مشاكل سلوكية في مرحلة المدرسة وتَنَبَّأ بالمشاكل مع الأقران والافتقار للتشاعر حين اكتراب الآخرين٢٢. فأنشأ هذا حلقة مفرغة: إن تيقظهم المزمن، إلىٰ جانب افتقارهم إلىٰ الارتياح الوالدي، جعلاهم مضطربين، ومعارضين، وعدوانيين؛ ثم إن الأطفال المضطربين والعدوانيين لا يتمتعون بشعبية، كما يستحثون مزيدًا من النبذ والعقاب، ليس من مقدمي الرعاية فحسب بل أيضًا من مدرسيهم وأقرانهم٢٣.

كما تعلم صروفُ الكثيرَ عن المرونة النفسية: وهي القدرة علىٰ التعافي من الضرَّاء. ولقد كان أهم منبئ لجودة تكيف مبحوثيه مع خيبات الأمل الحتمية في

الحياة هو مستوىٰ الأمان المشيَّد مع المقدم الأساسي للرعاية خلال العامين الأولين من الحياة. كما أخبرني صروف بشكل غير رسمي أنه يظن أن بالإمكان التنبؤ بالمرونة في مرحلة الرشد، وهذا بمعرفة تقييم الأمهات لأطفالهن في سن الثانية من زاوية مدىٰ إمكان حبهم٢٤.

الآثار طويلة الأمد لإتيان المحارم:

في عام ١٩٨٦م، قام فرانك بوتنام وبينيلوبي تريكيت Penelope Trickett -وهو زميله في المعهد الوطني للصحة النفسية- بابتداء أول دراسة طولانية[١] لتأثير الانتهاك الجنسي علىٰ نماء الإناث٢٥. وقبل ظهور نتائج هذه الدراسة، كانت معرفتنا بآثار إتيان المحارم مستندة بالكامل إلىٰ بلاغات من الأطفال الذين كشفوا مؤخرًا عن انتهاكهم وإلىٰ بيانات من الراشدين الذين استجمعوا كيف أثر عليهم إتيان المحارم بعد مرور سنوات أو حتىٰ عقود علىٰ ذلك. لكن قبل ذلك الحين، لم تقم أي دراسة بمتابعة الفتيات أثناء نضوجهن لفحص كيفية تأثير الانتهاك الجنسي علىٰ أدائهن المدرسي، وعلاقات الأقران، ومفهومهم عن الذات، بالإضافة إلىٰ علاقاتهن العاطفية لاحقًا. كما درس بوتنام وتريكيت التغيرات بمرور الوقت في الهرمونات الكربية، والهرمونات الإنجابية، والوظيفة المناعية، والتدابير الفسيولوجية الأخرىٰ. وبالإضافة إلىٰ ذلك، قاما باستكشاف العوامل الواقية المحتمَلة، كالذكاء والدعم من الأسرة والأقران.

تمكن الباحثون بشق الأنفس من توظيف أربع وثمانين فتاة محالات من دائرة الخدمات الاجتماعية بمقاطعة كولومبيا كان لديهن تاريخ مؤكد من التعرض لانتهاك جنسي من قِبل أحد أفراد الأسرة. ثم طوبق هؤلاء بمجموعة مقارنة مكونة من اثنتين وثمانين فتاة من نفس العمر، والعرق، والحالة الاقتصادية الاجتماعية وكوكبة الأسرة لكن لم يتعرضن للانتهاك. لقد كان متوسط عمر البدء أحد عشر عامًا، وعلىٰ مدار العشرين سنة التالية، تم تقييم هاتين المجموعتين تقييمًا دقيقًا ست مرات، مرة في السنة لأول ثلاث سنوات، ومجددًا في سن الثامنة عشر،

(1) longitudinal study.

والتاسعة عشر، والخامسة والعشرين. ولقد شاركت أمهن في التقييمات الأولىٰ، كما شارك أطفالهن في التقييم الأخير. وقد ظل ٩٦ بالمائة من الفتيات، اللائي صرن راشدات الآن، في الدراسة منذ استهلالها.

كانت النتائج خالية من أي غموض: بالمقارنة بالفتيات المماثلات في العمر، والعرق، والظروف الاجتماعية، فإن الفتيات المنتهكات جنسيًّا يعانين من مجموعة كبيرة من الآثار السلبية العميقة، بما في ذلك النقص المعرفي[1]، والاكتئاب، والأعراض التفارقية، وتشوش النماء الجنسي، وارتفاع معدلات السمنة وتشويه الذات. كما كانت نسبة الانقطاع عن المدرسة الثانوية أعلىٰ مقارنة بالمجموعة الضابطة، وكذلك فيما يتعلق بالأمراض الكبرىٰ وتلقي خدمات الرعاية الصحية. كما أظهرن شذوذًا في استجابات الهرمونات الكربية، وبدايةً مبكرة لمرحلة البلوغ، كما تراكمت لديهم مجموعة كبيرة من التشخيصات النفسانية المختلفة، والتي تبدو غير مرتبطة.

لقد كشف بحث المتابعة تفاصيل عديدة عن كيفية تأثير الانتهاك علىٰ النماء؛ فعلىٰ سبيل المثال: كل مرة جرىٰ تقييم الفتيات فيها، طُلب منهن في كلا المجموعتين أن يتحدثن عن أسوأ ما حدث لهن خلال العام السابق، وعند سردهن لقصصهن، لاحظ الباحثون مدىٰ التوعك الذي يحل بهم أثناء قياسهم لفسيولوجياتهن. وخلال التقييم الأول، كان رد فعل جميع الفتيات هو الاكتراب؛ ثم بعد ثلاث سنوات، عند الاستجابة لنفس السؤال، ظهرت مجددًا علامات الاكتراب علىٰ الفتيات غير المنتهَكات، لكن الفتيات المنتهكات انطفأن وأصبن بالخدر. كما تطابقت بيولوجيتهن مع ردود فعلهن الملحوظة: أثناء التقييم الأول، أظهرت جميع الفتيات ارتفاعًا في الهرمون الكربي الكورتيزول؛ ثم بعد ثلاث سنوات، انخفض الكورتيزول لدىٰ الفتيات المنتهكات حين إبلاغهن عن أكثر الأحداث إكرابًا في العام الماضي. وبهذا فإن الجسم يتكيف مع الصدمة المزمنة بمرور الوقت. وإحدىٰ تبعات الخدر هي أن المدرسين، والأصدقاء،

(1) cognitive deficits.

وغيرهم لا ينتبهون غالبًا أن الفتاة متوعكة؛ حتىٰ أنها نفسها قد لا تدون هذا الأمر. ولهذا، فبالتخدر لا تعود الفتاة تتفاعل مع الكرب كما ينبغي، علىٰ سبيل المثال، باتخاذ إجراءات وقائية.

كما التقطت دراسة بوتنام الآثار بعيدة المدىٰ لإتيان المحارم علىٰ الصداقات وشراكة الحياة؛ فقبل بداية مرحلة البلوغ، عادة ما تكون الفتيات غير المنتهكات علىٰ صلة بالعديد من الصديقات، بالإضافة إلىٰ أحد الفتية الذي يكون بمثابة جاسوس من نوع ما ينبئهن عن أغوار هذه المخلوقات الغريبة، الفتيان؛ وبعد دخول مرحلة المراهقة، تزداد اتصالاتهن بالأولاد شيئًا فشيئًا. وعلىٰ النقيض من ذلك، فقبل مرحلة البلوغ، نادرًا ما يكون لدىٰ الفتيات المنتهكات أصدقاء مقربين، فتيات أو فتيان، لكن المراهقة تجلب الكثير من الاتصالات بالأولاد والتي تكون فوضوية وفي أغلب الأحيان صادمة.

إن الافتقار للصداقات في مرحلة المدرسة الابتدائية يُحدث فارقًا هامًا؛ نحن ندرك اليوم مدىٰ القسوة التي قد يبلغها فتيات الصف الثالث، والرابع، والخامس؛ فهذا وقت معقد وصاخب حيث يمكن أن تنقلب الصديقات فجأة علىٰ بعضهن بعضًا فتتلاشىٰ التحالفات عند الاستبعادات والخيانات؛ لكن هناك جانبًا إيجابيًا: فبحلول الوقت الذي تصل فيه الفتيات إلىٰ المرحلة الإعدادية، يبدأ معظمهن في إتقان مجموعة كاملة من المهارات الاجتماعية، بما في ذلك القدرة علىٰ تحديد ما يشعرن به، والتفاوض في العلاقات مع الأطراف الأخرىٰ، والتظاهر باستلطاف أشخاص لا يستلطفنهم، وما إلىٰ ذلك. كما يكون معظمهن قد أنشأ شبكة دعم ثابتة نسبيًا من الفتيات اللائي يصبحن فريق تخفيف الاكتراب. وحينما يدخلون رويدًا رويدًا عالم الجنس والمواعدة، تمنحهم هذه العلاقات مجالًا للتفكر، والقيل والقال، ومناقشة ما يعنيه كل ذلك.

أما الفتيات المنتهكات جنسيًا فيصير لديهن مسار نمائي مختلف تمامًا؛ إذ لا يكون لديهن أصدقاء من أي من الجنسين لأنهن لا يثقن بأحد؛ بل ويكرهن أنفسهن، كما تلعب بيولوجيتهن ضدهن، مما يؤدي بهن إما إلىٰ فرط الاستجابة أو التخدر. كما لا يكون بمقدورهن مواكبة ألعاب التضمين/الاستبعاد العادية التي

يحركها الحسد والغيرة، حيث يتعين علىٰ كل من اللاعبتين أن تحافظ علىٰ الهدوء في أجواء الكرب. كما لا ترغب الفتيات الأخريات عادةً في تكوين علاقة معهن؛ لأنهن ببساطة غريبات الأطوار.

لكن هذه ليست سوىٰ بداية المتاعب؛ فالفتيات المنتهكات والمنعزلات اللواتي لديهن تاريخ من إتيان المحارم ينضجن جنسيًّا قبل عام ونصف من الفتيات غير المنتهكات، حيث يسرِّع الانتهاك الجنسي ساعتهن البيولوجية وإفرازهن للهرمونات الجنسية. ففي أوائل مرحلة البلوغ، كانت مستويات هرمون التستوستيرون والأندروستينيون -وهي الهرمونات التي تغذي الرغبة الجنسية- لدىٰ الفتيات المنتهكات أكبر بثلاثة إلىٰ خمسة أضعاف مقارنة بفتيات المجموعة الضابطة.

هذا ويستمر نشر دراسات ذات نتائج مماثلة لدراسة بوتنام وتريكيت، لكن هذه الدراسة قد وضعت بالفعل خريطة طريق لا تقدر بثمن للإكلينيكيين الذين يتعاملون مع الفتيات المنتهكات جنسيًّا. ففي «تروما سنتر» -علىٰ سبيل المثال- أبلغ أحد الإكلينيكيين صباح يوم اثنينٍ أن مريضة تدعىٰ «عائشة» تعرضت للاغتصاب -مجددًا- أثناء عطلة نهاية الأسبوع؛ إذ كانت قد هربت من مسكنها الجماعي في الساعة الخامسة صباح يوم السبت، ثم ذهبت إلىٰ مكان ببوسطن حيث يتسكع متعاطو المخدرات، فدخنت بعض الحشيش وتعاطت بعض المخدرات الأخرىٰ، ثم غادرت مع مجموعة من الفتيان في سيارة؛ وفي الخامسة من صباح الأحد، اغتصبوها اغتصابًا جماعيًّا. وكالكثير من المراهقات اللائي نراهن، فعائشة لا تستطيع التعبير عما تريده أو تحتاجه ولا تستطيع التفكير مليًّا في السبل الممكنة لحماية نفسها؛ وإنما تعيش في عالم الأفعال. كما أن محاولة تفسير سلوكها من زاوية الضحية/الجاني ليست محاولة وجيهة، وكذلك الوسوم كـ «الاكتئاب» أو «اضطراب المعارض المتحدي» أو «الاضطراب الانفجاري المتقطع» أو «الاضطراب ثنائي القطب» أو أي من الخيارات الأخرىٰ التي تقدمها لنا دلائلُنا التشخيصية. لكن العمل الذي قام به بوتنام ساعدنا علىٰ فهم كيف تختبر عائشة العالم - لماذا هي عاجزة عن إخبارنا بما يجري معها، ولماذا هي

شديدة الاندفاعية والافتقار إلىٰ حماية الذات، ولماذا ترانا أشخاصًا مخيفين ومتطفلين بدلًا من أناس يمكن أن يساعدوها.

الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس:

بوفيه مفتوح من «التشخيصات»:

عندما نشر الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس في مايو ٢٠١٣م، كان مشتملًا علىٰ ما يقرب من ثلاثمائة اضطراب في صفحاته البالغ عددها ٩٤٥ صفحة؛ إنه يقدم بوفيهًا مفتوحًا من الوسوم الممكنة للمشكلات المرتبطة بالصدمات الشديدة في باكورة الحياة، بما في ذلك بعض المشاكل الجديدة مثل٢٦، ٢٧:

* اضطراب تشوش تنظيم المزاج Disruptive Mood Regulation Disorder.
* إيذاء الذات غير الانتحاري Non-suicidal Self Injury.
* الاضطراب الانفجاري المتقطع Intermittent Explosive Disorder.
* اضطراب اختلال الانخراط الاجتماعي
Dysregulated Social Engagement Disorder.
* اضطراب تشوش التحكم في الاندفاع
Disruptive Impulse Control Disorder.

قبل أواخر القرن التاسع عشر، كان الأطباء يصنفون الأمراض وفقًا لمظاهرها السطحية، كالحمّيات والبثرات، وهو أمر لم يكن غير وجيه، نظرًا لأنهم لم يكونوا يملكون شيئًا يُذْكَر غير ذلك للمضي فيه٢٨. ثم تغير هذا حينما اكتشف علماء مثل لويس باستير وروبرت كوخ أن العديد من الأمراض ناتجة عن بكتيريا لا تراها العين المجردة؛ حينئذ حدث تحول في الطب بمحاولاته الرامية إلىٰ اكتشاف سبل للتخلص من تلك الكائنات بدلًا من مجرد علاج الدمامل والحميات الناتجة عنها. لكن في حالة «الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس»، فلقد نكص الطب النفسي نكوصًا شديدًا عائدًا إلىٰ الممارسة الطبية لأوائل القرن

التاسع عشر؛ فرغم حقيقة أننا علىٰ علم بمنبع كثير من المشكلات التي يميزها الدليل، إلا أن ما تصفه «تشخيصاتُه» هي مجرد ظواهر سطحية تتجاهل تمامًا الأسباب الكامنة وراء تلك المشكلات.

وحتىٰ قبل إصدار «الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس»، فقد نشرت المجلة الأمريكية للطب النفسي نتائج اختبارات الصدق validity للتشخيصات الجديدة المتنوعة، وأشارت إلىٰ أن «الدليل التشخيصي والإحصائي» مفتقر إلىٰ حد كبير لما يُعرف في عالم العلم باسم «الثبات reliability»؛ وهو القدرة علىٰ تقديم نتائج متسقة وقابلة للتكرار. وبمعنىٰ آخر، إنه مفتقر إلىٰ الصدق العلمي. والغريب أن الافتقار إلىٰ الثبات والصدق لم يمنع «الدليل الخامس» من الوفاء بالموعد النهائي المحدد للنشر، علىٰ الرغم من هذا الإجماع شبه العالمي علىٰ أنه لا يمثل أي تحسن مقارنة بالنظام التشخيصي السابق٢٩. هل يمكن لحقيقة أن «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» كانت قد جنت ١٠٠ مليون دولار من وراء «الدليل الرابع» ومن المقرر أن تكتسب مبلغًا مشابهًا من وراء «الدليل الخامس» (إذ أن جميع مهنيي الصحة النفسية، والعديد من المحامين، وغيرهم من المهنيين، كل أولئك سيصيرون ملزمين بشراء أحدث إصدار)، هل هذه الحقيقة هي السبب في أن لدينا هذا النظام التشخيصي الجديد؟

إن الثبات التشخيصي ليس قضية مجردة: فإن لم يتفق الأطباء علىٰ ما يعاني منه مرضاهم، فمن المستحيل تقديم العلاج الصائب. وعند عدم وجود علاقة بين التشخيص والعلاج، فالمريض الموسوم وسمًا خاطئًا لا بد وأن يصير مريضًا يتلقىٰ علاجًا خاطئًا. وإنك لن تود أن تُزال زائدتك الدودية في حين أنك في واقع الأمر تعاني من حَصاة كُلْوِيَّة، كما لن تود أن يُوسم شخص ما بأنه «معارض» في حين أن سلوكه، في واقع الأمر، نابع من سعيه لحماية نفسه من خطر حقيقي.

في بيان صدر في يونيو ٢٠١١م، شَكَت «الجمعية البريطانية لعلم النفس» إلىٰ «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» بخصوص أن مصادر المعاناة النفسية في «الدليل التشخيصي والإحصائي الخامس» مُعرَّفَة بأنها «موجودة داخل الأفراد» مع

تجاهل «السببية الاجتماعية التي لا يمكن إنكارها الملازمة للعديد من هذه المشاكل»٣٠. هذا بالإضافة إلىٰ سيل من الاحتجاجات المقدمة من المهنيين الأمريكيين، بما في ذلك قادة «الجمعية الأمريكية لعلم النفس» و«جمعية الإرشاد الأمريكية»[١]؛ لماذا تُهمَل العلاقات أو الظروف الاجتماعية؟٣١ إذا قصرت اهتمامك علىٰ البيولوجيا المختلة والجينات المعيبة بكونها سبب المشاكل النفسية، مع تجاهل الهجر، والانتهاك، والحرمان، فعلىٰ الأرجح أنك ستسلك ذات الطرائق العديدة المسدودة التي سلكتها الأجيال السابقة بإلقاء اللوم كله علىٰ الأمهات الشنيعات.

ثم كان تصريح «المعهد الوطني للصحة النفسية» -وهو المعهد الذي يمول معظم أبحاث الطب النفسي في أمريكا- ورفضه لـ «الدليل الخامس» هو أكثر التصريحات إثارة للذهول. : في أبريل ٢٠١٣م، قبل أسابيع قليلة من إصدار «الدليل الخامس» رسميًا، أعلن توماس إنسل Thomas Insel، مدير «المعهد الوطني للصحة النفسية»، قائلًا: إن وكالته لم تعد قادرة علىٰ دعم «التشخيص القائم علىٰ العَرَض[٢]» الخاص بـ «الدليل التشخيصي والإحصائي»؛ وبدلًا من ذلك سيركز المعهد تمويله علىٰ ما يسمىٰ «معايير المجال البحثي[٣]»٣٣ لابتكار إطار عمل لدراسات من شأنها أن تشمل الفئات التشخيصية الحالية وتتجاوزها. فعلىٰ سبيل المثال، أحد مجالات «المعهد الوطني للصحة النفسية» هو «الأنظمة الإيقاظية/التعديلية (التيقظ، والإيقاع اليَوماوِيّ[٤]، والنوم، واليقظة)»، والتي تكون مضطربة بدرجات متفاوتة لدىٰ العديد من المرضىٰ.

---

(1) American Counseling Association.

(2) symptom-based diagnosis.

(3) Research Domain Criteria.

(٤) الإيقاع اليوماوي circadian rhythm: هو أحد الإيقاعات البيولوجية، ويحدث علىٰ? مدىٰ ٢٤ ساعة، ويشمل الكثير من الوظائف الحيوية؛ كإفراز المواد ?الطبيعية بالجسم ودورة النوم واليقظة. (ص).

وعلىٰ غرار «الدليل الخامس»، يصور إطارُ العمل الخاص بـ «معايير المجال البحثي» الأمراضَ النفسية علىٰ أنها اضطرابات دماغية فحسب، وهذا معناه أن التمويل البحثي المستقبلي سيتوجه نحو استكشاف الدوائر الدماغية «والتدابير العصبية البيولوجية الأخرىٰ» الكامنة وراء المشاكل النفسية. ويرىٰ إنسل أن هذه هي الخطوة الأولىٰ نحو هذا النوع من «الطب الدقيق الذي أحدث تحولًا في تشخيص السرطان وعلاجه»؛ ولكن المرض النفسي ليس كالسرطان بتاتًا: فالبشر عبارة عن حيوانات اجتماعية، والمشاكل النفسية تنطوي علىٰ العجز عن التكيف مع الآخرين، وعدم الاندماج، وعدم الانتماء، وبصفة عامة العجز عن الانسجام.

إن كل شيء متعلق بذاتنا -دماغنا، وعقلنا، وجسدنا- تم توجيهه صوب التعاون في النُظُم الاجتماعية، وهذا يمثل أقوىٰ استراتيجية بقاء لدينا، وهو العنصر الرئيسي في نجاحنا كنوعٍ، كما أن هذا بالضبط ما يتحطم في معظم أشكال المعاناة النفسية. وكما رأينا في الباب الثاني، فالروابط العصبية في الدماغ والجسم تمثل أهمية بالغة لفهم معاناة الإنسان، ولكن من الأهمية بمكان ألا نتجاهل ركائز إنسانيتنا: العلاقات والتفاعلات التي تشكل عقلنا ودماغنا في الصِّغَر والتي تعطي الفحوىٰ والمعنىٰ لحياتنا كلها.

إن الأشخاص الذين لديهم تاريخ من الانتهاك، أو الإهمال، أو الحرمان الشديد سيظلون غامضين وغير معالجين ما لم نتنبه إلىٰ تحذير آلان صروف: «لكي نفهم تمامًا كيف نصير ما نحن عليه من أشخاص -التطور المتدرج المتعقِّد لتوجهاتنا، وقدراتنا، وسلوكنا علىٰ مر الزمان- فهذا يتطلب ما هو أكثر من قائمة بالمكونات والمقادير، مهما كانت أهمية أي منها؛ إن هذا يتطلب فهمًا لعملية النماء، وكيف تعمل كل هذه العوامل سوية علىٰ نحو مستمر بمرور الزمان»٣٤.

يبدو أن العاملين في الخطوط الأمامية بمجال الصحة النفسية -الأخصائيين الاجتماعيين والمعالجين النفسيين، المسحوقين المتلقين أجورًا أقل مما يستحقون- متفقون مع مقاربتنا؛ فبعد وقت قصير من رفض «الجمعية الأمريكية للطب النفسي» لتضمين «اضطراب الصدمة النمائية» في «الدليل التشخيصي والإحصائي»، أرسل آلاف من الإكلينيكيين من جميع أنحاء البلاد مساهمات

صغيرة إلىٰ «تروما سنتر» لمساعدتنا في إجراء دراسة علمية كبيرة، تُعرف باسم التجربة الميدانية، لدراسة «اضطراب الصدمة النمائية» بشكل أوسع؛ ولقد مكننا ذلك الدعم من إجراء مقابلات مع مئات من الأطفال، والوالدين، والمتبنين، والعاملين بمجال الصحة النفسية من خمسة مواقع مختلفة من الشبكة علىٰ مدار السنوات القليلة الماضية باستخدام أدواتِ مقابَلةٍ مصممة بنهج علمي. وتم الآن نشر النتائج الأولىٰ من هذه الدراسات، كما سيظهر المزيد بحلول طباعة هذا الكتاب٣٥.

ما الفارق الذي يمكن أن يحدثه «اضطراب الصدمة النمائية»؟

تتمثل إحدىٰ الإجابات في أنه سيركز البحث والعلاج (ناهيك عن التمويل) علىٰ المبادئ المركزية الكامنة وراء الأعراض المتقلبة لدىٰ الأطفال والراشدين المصابين بصدمات مزمنة: تغلغل اختلال التنظيم البيولوجي والانفعالي، وفشل التعلق أو اضطرابه، ومشاكل الحفاظ علىٰ التركيز والالتزام بالمسار الصحيح، والضعف الشديد لحس المرء بالهوية الشخصية والكفاءة. هذه القضايا تتجاوز حدود جميع الفئات التشخيصية تقريبًا وتشملها، ولكن العلاج الذي لا يضعها في المقدمة والمركز من المرجح أن يخفق في إصابة الهدف. والتحدي الأكبر الذي نواجهه هو تطبيق دروس اللدُونة العصبية؛ لُدونة الدوائر الدماغية، لإعادة تصميم الدوائر الكهربية الدماغية وإعادة تنظيم أذهان الأشخاص الذين برمجتهم الحياة نفسُها للنظر للآخرين باعتبارهم تهديدات ولأنفسهم بأنهم لا حول لهم ولا قوة.

إن الدعم الاجتماعي لهو ضرورة بيولوجية، وليس خيارًا، وهذه الحقيقة يجب أن تكون هي العمود الفقري لكافة وسائل الوقاية والعلاج، كما أن إدراك الآثار العميقة للصدمة والحرمان علىٰ نماء الطفل يجب ألا يؤدي إلىٰ إلقاء اللوم علىٰ الوالدين؛ إذ يمكننا افتراض أن الوالدين يبذلان قصارىٰ جهدهما، ولكن جميع الآباء والأمهات بحاجة للمساعدة في رعاية أطفالهم. وإن كل دولة صناعية تقريبًا -باستثناء الولايات المتحدة- مدركة لهذا الأمر وتوفر بعض أشكال الدعم المضمون للأسر. وقد أظهر جيمس هيكمان James Heckman، الحائز علىٰ جائزة

نوبل في الاقتصاد لعام ٢٠٠٠م، أن برامج جودة الطفولة المبكرة التي تتضمن الوالدين وتعزز المهارات الأساسية لدىٰ الأطفال سيئي الحظ، هذه البرامج توفر للبلد أكثر مما تكلفه نظرًا لحسن نتائجها٣٦.

في أوائل سبعينيات القرن الماضي، كان الأخصائي النفسي ديفيد أولدز David Olds يعمل بمركز رعاية نهارية في مدينة بالتيمور حيث كان كثير من أطفال ما قبل المدرسة يأتون من بيوت أَخْرَبَها الفقر، والعنف المنزلي، ومعاقرة المخدرات. وَلِوَعيه بأن تناول مشاكل الأطفال في المدرسة فقط ليس كافيًا لتحسين أحوالهم المنزلية، قام بإطلاق برنامج زيارات بيتية، حيث تساعد الممرضاتُ الماهرات الأمهاتِ علىٰ توفير بيئة آمنة ومنبهة لأطفالهن، وفي أثناء ذلك أيضًا، علىٰ تخيل مستقبل أفضل لأنفسهن؛ وبعد عشرين عامًا، لم يكن أطفال أمهات الزيارات البيتية أفضل صحيًّا فحسب، بل انخفض أيضًا إبلاغهم عن تعرضهم للانتهاك أو الإهمال مقارنة بالمجموعة المماثلة التي لم تتلق أمهاتهم الزيارات. كما كان احتمال إنهائهم للمدرسة الثانوية أعلىٰ من المجموعة الأخرىٰ، وكذلك البقاء خارج السجن، والعمل بوظائف جيدة الأجر. لقد حسب الاقتصاديون أن كل دولار يُستثمر في الزيارات البيتية عالية الجودة، والرعاية النهارية، وبرامج ما قبل المدرسة، كل دولار من ذلك يؤدي إلىٰ توفير سبعة دولارات من مدفوعات الرعاية الاجتماعية، وتكاليف الرعاية الصحية، وعلاج معاقرة المخدرات، والسجن، بالإضافة إلىٰ عائدات ضريبية أعلىٰ نتيجة لوظائف أعلىٰ أجرًا٣٧.

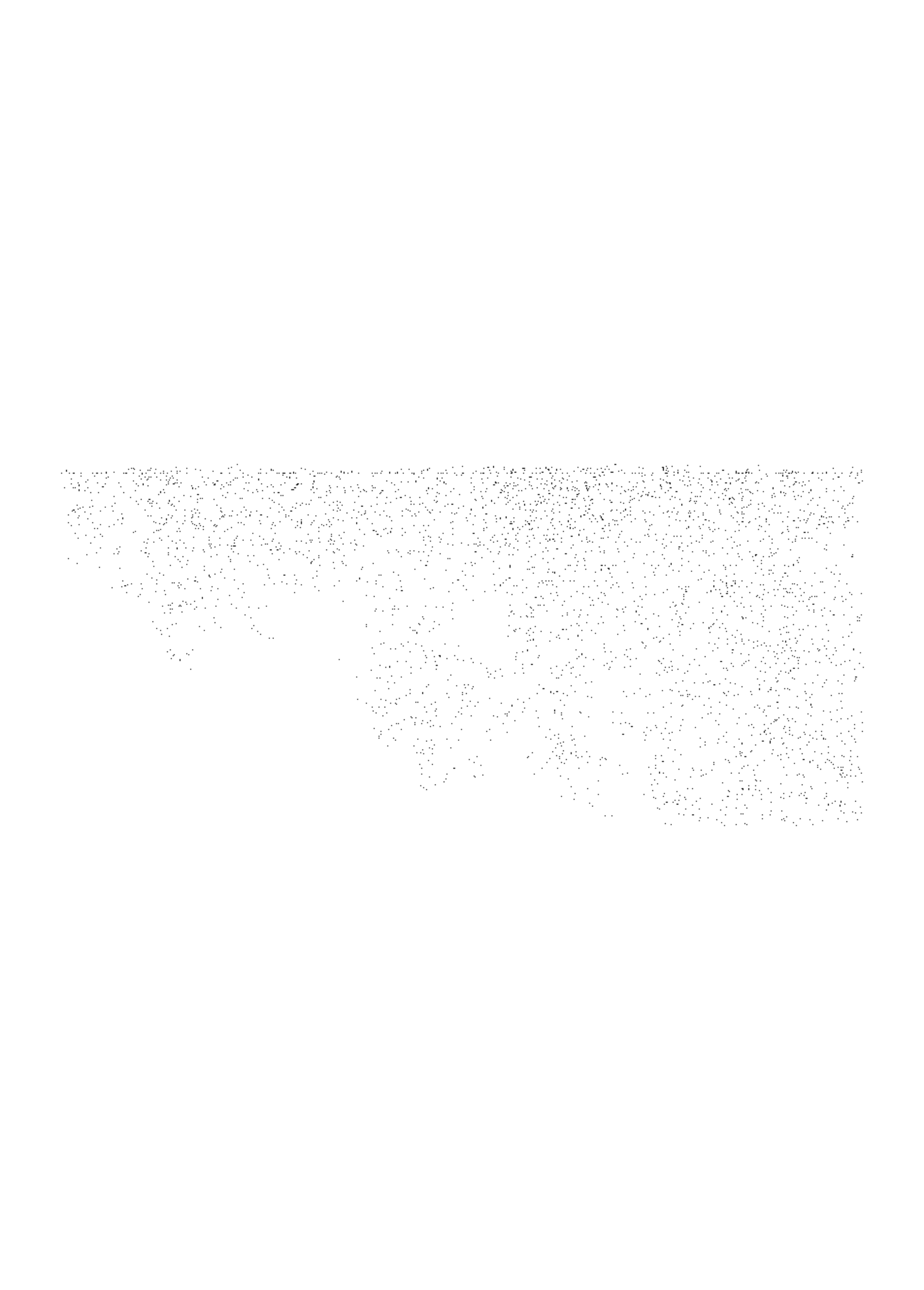
حين أذهب إلىٰ أوروبا للتدريس، غالبًا ما يهاتفني مسئولو وزارات الصحة بالدول الإسكندنافية، أو المملكة المتحدة، أو ألمانيا، أو هولندا ويطلبون مني قضاء فترة بعد العصر معهم لمشاركة أحدث الأبحاث حول علاج الأطفال والمراهقين المصدومين وعائلاتهم؛ كما ينطبق نفس الشيء علىٰ العديد من زملائي. لقد تم التزام هذه البلدان بالرعاية الصحية الشاملة، وتوفير حد أدنىٰ مضمون للأجور، وإجازة والدية مدفوعة الأجر لكلا الوالدين بعد ولادة الطفل، ورعاية نهارية عالية الجودة لأطفال جميع الأمهات العاملات.

أيمكن أن يكون لنهج الصحة العامة هذا علاقةٌ بحقيقة أن معدل السجن في النرويج هو ٧١/ ١٠٠٠٠٠، وفي هولندا ٨١/ ١٠٠٠٠٠، وفي الولايات المتحدة ٧٨١/ ١٠٠٠٠٠، كما أن معدل الجريمة في تلك البلدان أقل بكثير مقارنة بنا، وتكلفة الرعاية الطبية حوالي النصف؟ ومن الجدير بالذكر أن سبعين بالمائة من سجناء كاليفورنيا قد أمضوا جزءًا من حياتهم في دور التبني أثناء ترعرعهم. إن الولايات المتحدة تنفق ٨٤ مليار دولار سنويًا على حبس الأشخاص بنحو ٤٤ ألف دولار لكل سجين؛ في حين أن دول شمال أوروبا تنفق جزءًا يسيرًا من هذا المبلغ، وبدلًا من ذلك، تستثمر هذه الدول أموالها في مساعدة الوالدين على تربية أطفالهما في بيئة يسودها الأمان ومتوقَّعة؛ ويبدو أن درجاتهم في الاختبارات الأكاديمية ومعدلات الجريمة لديهم تعكس نجاح تلك الاستثمارات.



الباب الرابع

آثار الصدمة



الفصل الحادي عشر
كشف الأسرار
مشكلة الذكرى الصدمية

إنه لأمر عريب أن جميع الذكريات التي تتبادر إلىٰ ذهني متسمة بهاتين الصفتين: يسودها الهدوء، وهذا أشد ما يحيرني؛ فرغم أن الحدث الأصلي قد لا يكون هكذا، إلا أنها تظل متسمة بتلك الصفة. وأنها عبارة عن أشباح بكماء، تخاطبني بنظرات، وإيماءات، صامتة، لا تنبس ببنت شفة - وصمتها هذا هو تحديدًا ما يربكني.

- إريك ماريا ريمارك Erich Maria Remarque،

رواية «كل شيء هادئ في الميدان الغربي» All Quiet on the Western Front

في ربيع ٢٠٠٢، طُلب مني فحص شاب ادَّعىٰ أنه تعرض للانتهاك الجنسي في طفولته من بول شانلي Paul Shanley، وهو قس كاثوليكي كان يخدم في أبرشية بمدينة نيوتن، ماساتشوستس. ورغم بلوغ هذا الشاب الخامسة والعشرين من العمر آنذاك، فإن الظاهر أنه كان قد نسي أمر الانتهاك تمامًا إلىٰ أن سمع أن هذا القس يخضع حاليًا لتحقيق بتهمة التحرش الجنسي بالأولاد الصغار. وكان السؤال الذي طُرح عليّ هو: علىٰ الرغم من أنه -علىٰ ما يبدو-

قد «كَبَت[1]» الانتهاك لأكثر من عقد من الزمان، فهل تتسم ذكرياته هذه بالموثوقية؟ وهل أنا مستعد للشهادة علىٰ هذه الحقيقة أمام القاضي؟

سأشارك ما قاله لي هذا الرجل، الذي سأدعوه جوليان **Julian**، ناقلًا ذلك من ملاحظاتي الأصلية للقضية (وعلىٰ الرغم من أن اسمه الحقيقي مدرج في السجلات العامة، إلا أنني أستخدم اسمًا مستعارًا لأنني آمل أن يكون قد استعاد بعض الخصوصية والسلام النفسي مع مرور الوقت١).

توضح خبراته تعقيدات الذكرىٰ الصدمية، ومن الجدير بالذكر أن الجدالات حول القضية المرفوعة ضد «الأب شانلي» هي أيضًا سمة معتادة للعواطف التي ظلت محيطة بهذه المسألة منذ أن وصف الأطباء النفسيون لأول مرة الطبيعة غير المألوفة للذكريات الصدمية في العقود الأخيرة من القرن التاسع عشر.

الانغمار بالأحاسيس والصور:

في ١١ فبراير ٢٠٠١م، كان جوليان يعمل شرطيًا عسكريًّا بقاعدة جوية، وأثناء حديثه الهاتفي اليومي مع خليلته، راشيل **Rachel**، ذكرَت له مقالة رئيسية بجريدة «بوسطن غلوب» **Boston Globe** كانت قد قرأتها صباح ذلك اليوم: قسٌّ اسمه شانلي واقعٌ موضع اشتباه في التحرش بالأطفال. ألم يخبرها جوليان ذات مرة عن «الأب شانلي» الذي كان كاهن أبرشيته في مدينة نيوتن؟! فسألَتْه قائلة: «هل سبق أن فَعل بك شيئًا؟». في البداية، استرجع جوليان ذكرياته عن «الأب شانلي» ذي القلب الطيب الذي كان شديد الدعم له بعد طلاق والديه؛ ولكن مع استمرار الحديث، بدأ يدخل في حالة من الهلع؛ لقد باغته وميض متمثل في شانلي الذي يمد يديه بزاوية ٤٥ درجة، ويحدق في جوليان أثناء تبوله. ولانسحاقه تحت وطأة هذا الانفعال، قال لراشيل، «أنا مضطر لإنهاء المكالمة الآن»، ثم استدعىٰ رئيس طائرته، الذي جاء برفقة الرقيب الأول، وبعد أن التقىٰ

---

(١) الكَبْت (أو الكَظْم) **Repression**: آلية دفاعية نفسية تفيد في طرد الرغبات أو المشاعر أو الأفكار التي تتصارع مع بواعث الفرد وتصوراته الشعورية. وهي تعمل بشكل تلقائي لاشعوري. (ح).

بهما، اقتاداه إلىٰ قسيس القاعدة. ويسترجع جوليان أنه قال للقسيس: «أأنت علىٰ دراية بما يجري في بوسطن؟ لقد حدث هذا لي أنا أيضًا»؛ وفي اللحظة التي سمع فيها نفسه يقول تلك الكلمات، كان يعلم علىٰ وجه اليقين أن شانلي قد تحرش به - علىٰ الرغم من أنه لم يكن متذكرًا التفاصيل. كما شعر جوليان بحرج بالغ من أنه صار عاطفيًّا للغاية؛ فلطالما كان الطفل الصَّلب الكتوم.

في تلك الليلة، جلس علىٰ زاوية سريره، منحنيًا، وظن أنه يفقد صوابه، وارتعب من أن ينتهي به الحال محبوسًا داخل مستشفىٰ للأمراض النفسية. وخلال الأسبوع التالي، ظلت الصور تغمر ذهنه، وخاف من الانهيار التام؛ بل فكر في أن يلتقط سكينًا ويغرزه في ساقه لإيقاف تلك الصور. ثم بدأ يصاحب نوباتِ الهلع اختلاجاتٌ[1]، والتي أسماها «نوبات صرع»؛ كما كان يخدش جسده حتىٰ ينزف، وكان طيلة الوقت شاعرًا حَرَّانًا، وعرقانًا، ومهتاجًا. وبين نوبات الهلع، «كان يشعر أنه زومبي»؛ إذ كان يشاهد نفسه من مكان بعيد، كما لو أن ما يختبره يحدث لشخص آخر وليس له.

في شهر أبريل، تلقىٰ تسريحًا إداريًّا، قبل عشرة أيام فحسب من استحقاقه تلقي الانتفاعات الكاملة. ولما دخل جوليان عيادتي بعد عام تقريبًا، رأيت رجلًا وسيمًا مفتول العضلات لكن يبدو عليه الاكتئاب والإنهاك، وأخبرني من فوره أنه يشعر باستياء شديد لرحيله من القوات الجوية؛ فلقد أراد أن تكون هي مساره المهني، وأنه لطالما كان يتلقىٰ تقييمات ممتازة، كما كان يحب التحديات والعمل الجماعي؛ ورغم كل ذلك فقد ضاع منه نمط عيش الحياة العسكرية.

لقد وُلد جوليان بإحدىٰ ضواحي بوسطن، وهو الابن الثاني من بين خمسة أطفال. ثم رحل أبوه عن الأسرة حين كان جوليان في السادسة من العمر لأنه لم يستطع تحمل العيش مع أم جوليان متقلبة المزاج والانفعالات. ورغم ذلك، فقد كان جوليان وأبوه يتعايشان علىٰ نحو جيد آنذاك، لكنه في بعض الأحيان كان

---

(١) اختلاج convulsion: هو حدوث تقلصات عضلية لا إرادية ومفاجئة، قد يقتصر حدوثها علىٰ مجموعة من العضلات، أو يكون في جميع عضلات الجسم. (ح).

يمتعض مما فعله أبوه، ومن اضطراره لبذل جهد بالغ لإعالة أسرته، ومن هجر والده له وتحميله مسؤولية الاعتناء بوالدته غير المستقرة. ومن الجدير بالذكر ألا أحد من والديه أو إخوته كان قد تلقىٰ رعاية نفسانية أو تورط في أمور المخدرات.

كان جوليان رياضيًّا مشهورًا في المدرسة الثانوية، ورغم أنه كان لديه العديد من الأصدقاء حينها، إلا أنه كان يشعر بسوء شديد تجاه نفسه وتَنَمُّرِه علىٰ بلادته الدراسية بشرب الكحول والمشاركة في الحفلات، كما كان يشعر بالخزي من أنه استغل شعبيته وحسن مظهره لممارسة الجنس مع العديد من الفتيات؛ كما صرح عن رغبته في مهاتفة بضع منهن ليعتذر عن سوء معاملته لهن.

وكان يتذكر أنه لطالما كان يكره جسده؛ ففي المدرسة الثانوية، كان يتناول الستيرويدات الابتنائية[1] لينفخ عضلاته وفي ذات الوقت يدخن الماريجوانا كل يوم تقريبًا. ولما تخرج في المدرسة الثانوية، لم يلتحق بالجامعة، وعاش متشردًا لمدة عام تقريبًا لأنه لم يعد قادرًا علىٰ العيش مع أمه. ثم تطوع في الجيش سعيًا منه لإعادة حياته إلىٰ المسار الصحيح.

لقد التقىٰ جوليان بـ «الأب شانلي» حين كان في السادسة من عمره عندما كان يتلقىٰ دروسًا في العقيدة المسيحية بكنيسة الأبرشية، وتذكر أن «الأب شانلي» كان يخرجه من حجرة الدراسة للاعتراف[2]، وأن «الأب شانلي» نادرًا ما كان يرتدي ثوب الكهنة، كما تذكر السروال الأزرق الداكن الذي كان يرتديه هذا

---

(١) anabolic steroids: أحد المشتقات الاصطناعية لهرمون التيستوستيرون، تُستعمل إكلينيكيًّا لتعزيز النمو وإصلاح النسج في حالة الشيخوخة والضعف أو في طور النقاهة. وقد يستخدمها بعض الرياضيين لزيادة حجم العضلات والحد من التلف العضلي أثناء التمرينات الصعبة؛ مما يساعدهم علىٰ ممارسة التمرينات الرياضية بمزيد من القوة والتكرار؛ ولكن هذا له آثار جانبية خطيرة علىٰ الجسد، مثل انكماش الخصية، والعقم، وتضخم غدة البروستاتا، والتهابات وأورام الكبد. (ح) موقع /www.mayoclinic.org/ar (المترجم).

(٢) الاعتراف Confession: هو إقرار المعترف بخطيته أمام الله في حضور أب كاهن شرعي (معترف به من الكنيسة)، وبعدها يأخذ المعترف الحل بمغفرة الخطية من السيد المسيح علىٰ فم الكاهن حسب المعتقد المسيحي. موقع akhbarak.net (المترجم).

الكاهن؛ وأنهما كانا يذهبان إلىٰ غرفة كبيرة بها كرسيان متقابلان بالإضافة إلىٰ مقعد للجثو عليه؛ وأن الكرسيين كانت لهما كسوة حمراء، كما كانت هناك وسادة مخملية حمراء علىٰ ذلك المقعد؛ وأنهما كانا يلعبان الورق، وقد كانت لعبة حرب تحولت فيما بعد إلىٰ لعبة «بوكر التعري[1]». بعد ذلك تذكر أنه كان يقف أمام المرآة في تلك الغرفة، وأن «الأب شانلي» كان يرغمه علىٰ الانحناء؛ كما تذكر أن «الأب شانلي» وضع إصبعه في شرجه؛ كما يظن أن شانلي لم يخترق دبره، لكنه موقن بأن الكاهن داعبه بأصابعه في مناسبات عديدة.

بخلاف ذلك، كانت ذكرياته شديدة التشظي والتفكك؛ إذ كانت لديه ومضات صورية لوجه شانلي وحوادث متفرقة: شانلي واقف بباب الحمام؛ الكاهن يجثو علىٰ ركبتيه ثم تحريكه «إياه» بلسانه؛ لكنه لم يستطع تحديد عمره حين حدث ذلك. كما تذكر الكاهنَ وهو يخبره بكيفية ممارسة الجنس الفموي، لكنه لم يتذكر القيام بذلك فعلًا. كما تذكر أنه كان يوزع الكتيبات في الكنيسة ثم يجلس «الأب شانلي» بجانبه في المقعد، فيداعبه بإحدىٰ يديه ويمسك يد جوليان باليد الأخرىٰ ممررًا إياها علىٰ جسده. كما تذكر أنه مع تقدمه في السن، كان «الأب شانلي» يمر بالقرب منه ويداعب قضيبه. ولم يكن يروق له ذلك، لكنه لم يكن يعرف ماذا يفعل لإيقاف الأمر. ورغم كل شيء فقد قال لي: «كان «الأب شانلي» أقرب شيء إلىٰ الله في محيطي».

بالإضافة إلىٰ هذه الشظايا الذكروية، فقد كان من الواضح أن آثار انتهاكه الجنسي يعاد تنشيطها وتشغيلها: لقد أخبرني أنه حين كان يمارس الجنس مع حبيبته، أحيانًا ما كانت صورة الكاهن تقفز إلىٰ ذهنه، ومثلما قال: «يفقد صوابه»؛ وأنه قبل أسبوع من مقابلتي معه، كانت حبيبته قد دفعت إصبعها في فمه وقالت له مداعبة: «فمك ماهر في اللعب»، فوثب جوليان صارخًا فيها: «إن قلتِ ذلك مرة أخرىٰ أبدًا لأقتلنكِ»، ثم دخل كلاهما في حالة من الرعب ثم أجهشا بالبكاء؛ ثم تبع ذلك وأخذة من «نوبات صرع» جوليان، حيث تكوَّر كما الجنين،

---

(١) هو شكل من أشكال البوكر يخلع فيه اللاعب الخاسر قطعة من ملابسه كغرامة. (المترجم).

مرتجفًا ومنتحبًا كالطفل. وأثناء إخباره إياي بهذا، بدا شديد الضآلة وشديد الخوف.

كان جوليان يتبدل بين الشعور بالأسف علىٰ الرجل العجوز الذي صار إليه «الأب شانلي» وبين الرغبة في «أخذه إلىٰ غرفة بمكان ما ثم قتله»، كما تحدث مرارًا عن مدىٰ شعوره بالخزي، ومدىٰ صعوبة الاعتراف بأنه عاجز عن حماية نفسه: «ما من أحد يقدر علىٰ العبث معي، ورغم ذلك فأنا الآن مضطر لإخبارك بذلك». فلقد كانت صورته الذاتية[1] هي جوليان الضخم الصلب.

كيف نفهم قصة كقصة جوليان: سنوات من النسيان الظاهر، يتبعها صورٌ متشظية تجلب الاضطراب، وأعراضٌ جسدية دراماتيكية، وإعادةُ تمثيل مباغتة؟ ولكوني معالجًا يداوي مَن يعانون من إرث الصدمة، فإن شغلي الشاغل ليس منصبًّا علىٰ تحديد ما حدث لهم بالضبط، وإنما علىٰ مساعدتهم علىٰ إطاقة الأحاسيس، والانفعالات، وردود الفعل التي يختبرونها دون استيلائها عليهم طيلة الوقت؛ فعندما يبزغ موضوع اللوم، فعادةً ما تكون القضية المركزية التي يجب تناولها هي لوم الذات - أي تقبُّل أن الصدمة لم تكن غلطتهم، وأنها لم تكن نتيجة عيب في أنفسهم، وأنه ما من أحد أبدًا يستحق ما حدث لهم.

ورغم ذلك، فبمجرد انخراط القضية القانونية في الأمر، تصير الأسبقية للمُحاسَبية القانونية، وإلىٰ جانبها مقبولية الأدلة. وكان قد سبق لي القيام بفحص اثني عشر شخصًا تعرضوا للانتهاك السادي حين كانوا أطفالًا في دار أيتام كاثوليكية في مدينة بيرلينجتون، فيرمونت؛ ولقد تقدموا للشهادة (مع عديد من المطالبين الآخرين) بعد أكثر من أربعة عقود، ورغم عدم وجود أي اتصال بين أي منهم والآخرين حتىٰ وقت تقديم الدعوىٰ الأولىٰ، إلا أن ذكريات الانتهاك كانت متشابهة إلىٰ حد مذهل: لقد نبَّؤوا جميعًا بنفس الأسماء والانتهاكات المعينة التي ارتكبتها كل راهبة أو كاهن - في نفس الغرف، وعلىٰ نفس الأثاث،

---

(١) الصورة الذاتية Self-Image هي منظور شخصي أو صورة ذهنية لدىٰ الشخص عن نفسه، وبعبارة أخرىٰ: هي قاموس داخلي فيه خصائص هذا الشخص، مثل كونه ذكيًا أو جميلًا أو قبيحًا أو موهوبًا أو أنانيًا أو ودودًا. موقع tiryaqy.com (المترجم).

وكجزء من نفس الروتين اليومي. ولقد وافق معظمهم لاحقًا علىٰ تسوية خارج المحكمة من أبرشية فيرمونت.

قبل إحالة القضية إلىٰ المحاكمة، يعقد القاضي ما يسمىٰ بـ «جلسة استماع دوبير»[1] لوضع معايير شهادة الخبراء التي سيتم تقديمها إلىٰ هيئة المحلفين. وفي إحدىٰ القضايا عام ١٩٩٦م، كنت قد أقنعتُ قاضي المحكمة الإقليمية الفيدرالية[2] ببوسطن أن من الشائع فقدان المصدومين كل ذكريات الحدث المعنِيّ، وعدم استعادة القدرة علىٰ ولوجها إلا بعد مرور زمن طويل وفي هيئة شظايا وقِطَع. وتنطبق نفس المعايير في قضية جوليان، وفي حين أن تقريري لمحاميه يظل خصوصيًّا، فقد كان مستندًا إلىٰ عقود من الخبرة الإكلينيكية والبحوث حول الذكرىٰ الصدمية، بما في ذلك جهود بعض رواد الطب النفسي الحديث.

الذكرىٰ العادية مقابل الذكرىٰ الصدمية:

نعلم جميعًا مدىٰ تقَلُّب الذاكرة؛ إذ تتغير قصصنا ويُجرىٰ مراجعتها وتحديثها باستمرار. فحين نتحدث أنا وإخوتي وأخواتي عن أحداث طفولتنا، فدائمًا ما ينتهي بنا المطاف شاعرين بأننا ترعرعنا في عائلات مختلفة - إذ كثير من ذكرياتنا لا تتطابق. إن ذكريات السيرة الذاتية ليست انعكاسات دقيقة للواقع؛ وإنما هي قصص نرويها لنعبر عن منظورنا الشخصي لخبرتنا.

إن قدرة الذهن البشري المذهلة علىٰ إعادة كتابة الذكرىٰ تتضح في «دراسة جرانت لنماء الراشدين[3]»، التي تتبعت الصحة النفسية والجسدية لأكثر من مائتي رجل من هارفارد، بدءًا من سنوات المرحلة الثانوية ١٩٣٩-١٩٤٤م حتىٰ الوقت الحاضر، تتبعًا منهجيًا٢. وبطبيعة الحال، فلم يتوقع مصممو الدراسة أن يذهب معظم المبحوثين للقتال في الحرب العالمية الثانية، لكن هذا مكّننا من تقصي

---

(1) Daubert hearing.

(2) federal circuit court.

(3) Grant Study of Adult Development.

تطور ذكرياتهم الحربية: تم إجراء مقابلات مستفيضة مع الرجال بخصوص خبراتهم الحربية عام ١٩٤٥/١٩٤٦م ومرة أخرىٰ عام ١٩٨٩/ ١٩٩٠م؛ بعد أربعة عقود ونصف، فوجدوا أن معظم المبحوثين قدّموا روايات مختلفة تمامًا عن التقارير السردية المسجلة في مقابلاتهم التي أجريت عقب الحرب مباشرة: مع مرور الوقت، تم غسل الأحداث من الرعب الشديد الذي كان ملاصقًا لها؛ لكن أولئك الذين صدموا وأصيبوا باضطراب الكرب التالي للصدمة لم تتغير رواياتهم؛ وإنما ظلت ذكرياتهم محفوظة في صورتها الأصلية بعد خمسة وأربعين عامًا من انتهاء الحرب.

إن مدىٰ دقة تذكّرنا لحدث معين، بل عدم نسيانه من الأساس، هو أمر معتمد إلىٰ حد كبير علىٰ مدىٰ قيمته الشخصانية ومدى آنذاك وعلىٰ مدىٰ إثارته لعواطفنا تجاهه في ذلك الوقت، والعامل الرئيسي هو مستوىٰ تيقظنا واستثارتنا؛ فجميعنا يجد لديه ذكريات مرتبطة بأشخاص معينين، وأغاني وروائح وأماكن معينة؛ كما أن هذه الذكريات تظل معنا زمنًا طويلاً. لا يزال معظمنا يجد لديه ذكريات دقيقة عن المكان الذي كنا فيه وما رأيناه يوم الثلاثاء، ١١ سبتمبر ٢٠٠١م، لكن الذين يتذكرون شيئًا مخصوصًا عن ١٠ سبتمبر هم ثلة قليلة فحسب.

إن معظم الخبرات اليومية تذهب فورًا إلىٰ غياهب النسيان؛ ففي الأيام العادية، لا يكون لدينا الكثير للإبلاغ عنه حينما نعود إلىٰ البيت في المساء؛ وذلك لأن الذهن يعمل وفقًا لمخططات أو خرائط، فالأحداث التي تقع خارج النمط المحدد هي غالبًا ما يجتذب انتباهنا؛ فإذا حصلنا علىٰ علاوة في الراتب أو أخبرَنا أحد الأصدقاء ببعض الأخبار المثيرة، فسنحتفظ بتفاصيل اللحظة، علىٰ الأقل لفترة من الوقت. ثم إن أفضل ما نتذكره هي الإهانات والجِراح: إذ أن الأدرينالين المفرَز لمكافحة التهديدات المحتملة يساعد علىٰ نقش تلك الحوادث في أذهاننا؛ وحتىٰ لو تلاشىٰ محتوىٰ التعليق الذي أدلىٰ به الشخص، فإن نفورنا من الشخص عادة ما يستمر.

عندما يحدث شيء مرعب، كرؤية طفل أو صديق يتأذىٰ في حادث ما، سنحتفظ بذكرىٰ شديدة وعالية الدقة عن الحدث لفترة طويلة؛ وكما أوضح جيمس

ماكجو James McGaugh وزملاؤه، فكلما زاد الأدرينالين الذي تفرزه، زادت دقة ذاكرتك٣. لكن هذا ينطبق حتىٰ حد معين فقط؛ فعند مواجهة الرعب -لا سيما رعب «الصعق الذي لا مفر منه»- ينسحق هذا النظام وينهار.

وبطبيعة الحال، فليس بمقدورنا مراقبة ما يحدث أثناء الخبرة الصدمية، ولكننا نستطيع إعادة تنشيط الصدمة داخل المختبر، كما حدث مع المسوح الدماغية في الفصلين الثالث والرابع؛ فعندما يعاد تنشيط آثار الذكرىٰ، تلك الآثار المتمثلة في الأصوات، والصور، والأحاسيس الأصلية، ينطفئ الفص الجبهي، بما في ذلك -كما رأينا من قبل- المنطقة اللازمة لصياغة المشاعر في كلمات٤، والمنطقة التي تخلق حسنا بالمكان في الزمن، والمهاد، الذي يعمل علىٰ إدماج البيانات الأولية الآتية من الأحاسيس الواردة. وفي هذه المرحلة، يتولىٰ الدماغ الانفعالي -الذي لا يخضع للتحكم الواعي ولا يمكنه التواصل بالكلمات- زمام السيطرة. فيعبِّر هذا الدماغُ الانفعالي (المنطقة الحوفية وجذع الدماغ) عن تغير نشاطه بواسطة تغيير التيقظ الانفعالي، وفسيولوجية الجسم، والفعل العضلي. وفي الظروف العادية، يتعاون نظاما الذاكرة -العقلاني والانفعالي- لإنتاج استجابة متكاملة؛ لكن الدرجة العالية من التيقظ لا تغير التوازن بينهما فحسب، بل تؤدي أيضًا إلىٰ فصل المناطق الدماغية الأخرىٰ الضرورية للتخزين السليم للمعلومات الواردة وتكاملها، كالحُصين والمهاد٥. ونتيجة لذلك، لا يتم تنظيم آثار الخبرات الصدمية في هيئة روايات منطقية متماسكة وإنما في هيئة آثار حسية وانفعالية متشظية: صور، وأصوات، وأحاسيس جسدية٦؛ ولقد رأىٰ جوليان رجلًا ممددًا ذراعيه، ومقعدًا، وسُلَّمًا، ولعبة بوكر التعري؛ كما شعر بإحساس في قضيبه، وبحسٍّ من الرعب والهلع؛ لكن «القصة» كانت قصيرة أو معدومة.

كشف الغطاء عن أسرار الصدمة:

في أواخر القرن التاسع عشر، عندما شرع الطب لأول مرة في الدراسة المنهجية للمشاكل النفسية، كانت طبيعة الذكرىٰ الصدمية إحدىٰ الموضوعات المركزية قيد المناقشة، إذ نُشر عدد هائل من المقالات في فرنسا وإنجلترا عن متلازمة تُعرف باسم «سِيْسَاء سِكَّةِ القِطار[1]»، وهي عبارة عن عقبول نفسي لحوادث السكك الحديدية التي تضمنت فقدان الذاكرة.

ومع ذلك، فأعظم التطورات الطبية إنما حدثت في دراسة الهستيريا، وهي اضطراب عقلي متسم بالثورات الانفعالية، والقابلية للإيحاء، وتقلصات وشُلول تصيب العضلات لا يمكن تفسيرها بالوصف التشريحي البسيط٧. فلقد كانت الهستيريا ذات يوم تُعتبر ضرَّاء تصيب النساء غير المستقرات أو المتمارضات[2]، ثم صارت آنذاك نافذة تكشف أسرار العقل والجسد؛ كما أن أسماء بعض أعظم رواد علم الأعصاب والطب النفسي -مثل جان مارتن شاركو **Jean-Martin Charcot** وبيير جانيه وسيغموند فرويد - مرتبطة باكتشاف أن الصدمة هي جذر الهستيريا، لا سيما صدمة الانتهاك الجنسي في الطفولة٨؛ لقد أشار هؤلاء الباحثون الأوائل إلىٰ الذكريات الصدمية باعتبارها «أسرار مُمْرِضة»٩ أو «طفيليات عقلية»١٠، إذ علىٰ الرغم من شدة رغبة المكابدين في نسيان ما حدث، إلا أن ذكرياتهم كانت تواصل الخروج عنوة إلىٰ الوعي، محاصرة إياهم في حاضرٍ دائم التجدد من الرعب الوجودي١١.

كان الاهتمام بالهستيريا قويًّا بشكل خاص في فرنسا، وكما هو الحال في كثير من الأحيان، فإن جذور ذلك تكمن في السياسة السائدة في ذلك العصر؛ وإن جان مارتن شاركو -الذي يُنظر إليه علىٰ نطاق واسع باعتباره الأب الروحي

---

(1) railway spine.

(٢) والاسم «هستيريا» **hysteria** منحدر من الكلمة اليونانية «الرَّحِم» **womb** (المؤلف).

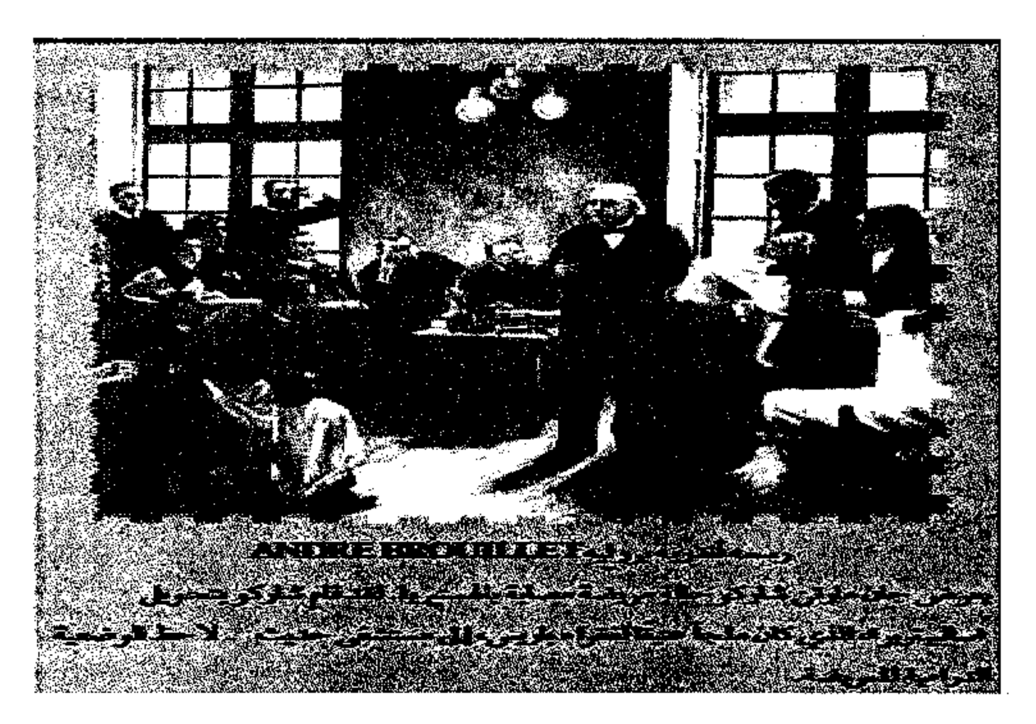
لطب الأعصاب[1]- كان نشطًا أيضًا في السياسة، وبعدما تنازل الإمبراطور نابليون الثالث عن العرش عام ١٨٧٠م، كان هناك صراع بين الملكيين (النظام القديم المدعوم من رجال الدين)، ودعاة الجمهورية الفرنسية الوليدة، الذين كانوا يؤمنون بالعلم والديمقراطية العلمانية؛ فاعتقد شاركو أن المرأة ستكون عاملًا بالغ الأهمية في هذا الصراع، ولقد قدّم استقصاؤه عن الهستيريا «تفسيرًا علميًا لظواهر مثيرة، كحالات الاستحواذ الشيطاني، والسحر، وطرد الأرواح، والشطح الديني»١٢.

لقد أجرىٰ شاركو دراسات دقيقة عن الارتباطات الفسيولوجية والعصبية للهستيريا لدىٰ كل من الرجال والنساء، والتي أكدت جميعها علىٰ الذاكرة المتجسدة والافتقار للّغة. فعلىٰ سبيل المثال، نَشر في عام ١٨٨٩م حالة مريض اسمه ليلوغ Lelog، والذي أصيب بشلل في ساقيه بعد تعرضه لحادث مروري بعربة يجرها حصان؛ وعلىٰ الرغم من أن ليلوغ سقط علىٰ الأرض وفقد وعيه، إلا أن ساقيه لم تصابا بأي أذىٰ ظاهري، كما لم تكن هناك علامات عصبية تشير إلىٰ سبب جسدي لشلله؛ لكن شاركو اكتشف أن ليلوغ، في اللحظة التي سبقت إصابته بالإغماء، كان قد رأىٰ عجلات العربة تقترب منه وتيقن أنه سيتعرض للدهس لا محالة. وأشار إلىٰ أن «المريض . . . لا يحتفظ بأي ذكرىٰ . . . . إن الأسئلة الموجهة إليه بخصوص هذه النقطة لم ترجع بأي نتيجة. إنه لا يعلم شيئًا أو شِبْه لا يعلم شيئًا» وعلىٰ غرار العديد من المرضىٰ الآخرين في مستشفىٰ «سالبترير»[2]، فقد أعرب ليلوغ عن خبرته جسديًا: بدلًا من تذكر الحادث، أصيب بشلل في ساقيه١٤.

---

(١) والذي قام تلاميذه -مثل جيل دي لا توريت Gilles de la Tourette- بتلقيب العديد من الأمراض العصبية بأسمائهم. (المؤلف).

(٢) Salpêtrière مستشفىٰ فرنسي تأسس في القرن السابع عشر. (المترجم).



لكن من وجهة نظري، فإن البطل الحقيقي لهذه القصة هو بيير جانيه، الذي ساعد شاركو في إنشاء مختبر أبحاث مكرس لدراسة الهستيريا بمستشفىٰ سالبترير. وفي عام ١٨٨٩م، وهو نفس العام الذي بُني فيه برج إيفل، نشر جانيه أول تقرير علمي أشبه بالكتاب عن الكرب الصدمي: «التلقائية النفسية» L'automatisme psychologique؛ لقد طرح جانيه أن جذر ما نسميه الآن «اضطراب الكرب التالي للصدمة» هو خبرة «العواطف الجارفة»، أو الاستثارة الانفعالية الشديدة؛ وأوضحت هذه الأطروحة أن الناس بعد تعرضهم لصدمةٍ يستمرون تلقائيًا في تكرار بعض الأفعال، والانفعالات، والأحاسيس المتعلقة بها. وعلىٰ عكس شاركو -الذي كان اهتمامه الأساسي هو قياس الأعراض الجسدية للمرضىٰ وتوثيقها-، فقد أمضىٰ جانيه ساعات لا حصر لها في التحدث معهم، سعيًا لاكتشاف ما كان يدور في أذهانهم. وعلىٰ عكس شاركو أيضًا -الذي ركز بحثه علىٰ فهم ظاهرة الهستيريا-، فقد كان جانيه بادئ ذي بدء طبيبًا هدفه علاج مرضاه؛ وهذا هو السبب في أنني درست تقارير حالاته دراسة مفصلة والسبب أيضًا في أنه صار أحد أهم مُعلِّميّ١٦.

فقد الذاكرة، والتفارق، وإعادة التمثيل

كان جانيه أول من أشار إلىٰ الفرق بين «الذكرىٰ السردية»؛ وهي القصص التي يرويها الناس عن الصدمة، وبين الذكرىٰ الصدمية ذاتها. كان أحد تواريخ حالاته هو قصة إيرين Irène، وهي امرأة شابة أُدخلت في المستشفىٰ بعد وفاة أمها بمرض السل١٧: كانت إيرين قد قامت علىٰ رعاية أمها لأشهر عديدة وفي نفس الوقت كانت تعمل خارج المنزل لإعالة أبيها السكير ولدفع تكاليف الرعاية الطبية لوالدتها؛ وحين ماتت والدتها في نهاية المطاف، ظلت إيرين -المنهكة من الإجهاد وقلة النوم- تحاول لبضع ساعاتٍ إحياءَ الجثة، وتنادي علىٰ أمها وتحاول إدخال الدواء في حلقها بالقوة. وعند نقطة ما، سقطت الجثة الهامدة من السرير علىٰ الأرض، ووالد إيرين السكران مغميٰ عليه بالجوار. وحتىٰ بعد وصول عمتها والشروع في التجهيز للدفن، استمر إنكار إيرين؛ إذ لم تكن لتحضر الجنازة إلا بعدما جاهد الآخرون لإقناعها بالحضور، كما ظلت تضحك طوال المراسم. وبعد بضعة أسابيع تم إحضارها إلىٰ سالبترير، حيث تولىٰ جانيه حالتها.

وإلىٰ جانب فقد الذاكرة بخصوص وفاة والدتها، فقد كانت إيرين تعاني من أعراض أخرىٰ: كانت تحدق في السرير الفارغ، وتتجاهل كل ما يدور حولها، وتشرع في الاعتناء بشخص متخيَّل؛ وكانت تقوم بهذا بضع مرات في الأسبوع. وبهذا فقد كانت تعيد إنتاج تفاصيل وفاة والدتها إنتاجًا دقيقًا، بدلًا من تذكرها.

يتذكر الأشخاص المصدومون القليل والكثير في ذات الوقت؛ فمن ناحية، لم يكن لدىٰ إيرين ذكرىٰ واعية عن وفاة والدتها؛ إذ كانت عاجزة عن سرد قصة ما قد حدث؛ ومن ناحية الأخرىٰ، فقد كانت مدفوعة إلىٰ التنفيس جسديًّا عن أحداث وفاة والدتها. وإن مصطلح جانيه «التلقائية» ينقل الطبيعةَ اللاإرادية واللاشعورية لأفعالها.

ظل جانيه يعالج إيرين لعدة أشهر، باستخدام التنويم المغناطيسي بصفة رئيسية، وفي النهاية سألها مرة أخرىٰ عن وفاة والدتها، حينئذ أجهشت إيرين

بالبكاء وقالت: «لا تذكرني بتلك الأمور الفظيعة .... لقد ماتت أمي وكان أبي في منتهىٰ سكره، كعادته؛ واضطررت للاعتناء بجثتها طوال الليل؛ حيث قمت بعديد من الأمور السخيفة في سبيل إحيائها .... ثم في الصباح طار عقلي». ولم تصبح إيرين قادرة علىٰ سرد القصة فحسب، بل استعادت أيضًا عواطفها: «أشعر بحزن وهجر شديدين». حينئذ وصف جانيه ذكراها بأنها «مكتملة» لأنها صارت آنذاك مصحوبة بالمشاعر الصائبة.

لاحظ جانيه فروقًا كبيرة بين الذكرىٰ العادية والصدمية، فقد لاحظ أن الذكريات الصدمية تتنشط بموقدات[١] معينة؛ ففي حالة جوليان، كان الموقد هو التعليقات الإغوائية التي أدلت بها خليلته؛ وفي حالة إيرين كان السرير. وأن حينما يتم استثارة عنصر واحد من الخبرة الصدمية، فغالبًا ما تتبعه العناصر الأخرىٰ تلقائيًا.

كما لاحظ أن الذكرىٰ الصدمية لا تتكثف[٢]: فلقد استغرقت إيرين ثلاث إلىٰ أربع ساعات لإعادة تمثيل قصتها، ولكن عندما تمكنت في نهاية المطاف من سرد ما حدث، استغرق الأمر أقل من دقيقة. وأن التمثيل الصدمي لا يخدم أي وظيفة. لكن في المقابل، فالذكرىٰ العادية ذات وظيفة تكيفية؛ إذ تكون قصصنا مرنة ويمكن تعديلها لتناسب الظروف؛ فالذكرىٰ العادية هي شيء اجتماعي في الأساس؛ إنها قصة نرويها لغرض ما: ففي حالة إيرين، كان الغرض هو الحصول علىٰ مساعدة طبيبها وتخفيفه عنها؛ وفي حالة جوليان، لإشراكي في سعيه وراء العدالة والانتقام. ولكن ما من شيء اجتماعي يتعلق بالذكرىٰ الصدمية؛ إذ لم يكن حنق جوليان من مَلحُوظَة حبيبته يخدم أي غرض مفيد. وبهذا فإن إعادات التمثيل مجمدة في الزمن، وثابتة لا تتغير، ودائمًا ما تكون خبرات تشعر المرء بالوحدة، والمذلة، والاغتراب.

---

(1) triggers.

(٢) التكثيف: Condensation دمج عدد من الأفكار والمفاهيم والأحداث معًا، ومثال ذلك ما يحدث في الأحلام حين نحلم في دقائق بأحداث تمتد؟ علىٰ فترة زمنية طويلة وتقع في أماكن مختلفة. (ص).

لقد صك جانيه مصطلح «التفارق» لوصف انفصال وانعزال آثار الذكرىٰ اللذَين رآهما لدىٰ مرضاه، كما كان مستبصرًا بشأن التكلفة الباهظة لإبقاء هذه الذكريات الصدمية علىٰ مبعدة؛ فقد كتب لاحقًا أن المرضىٰ حين يتفارقون عن خبرتهم الصدمية يصيرون «مرتبطين بعائق منيع»[١٨]: «ولعجزهم عن إدماج ذكرياتهم الصدمية، يفقدون قدرتهم علىٰ استيعاب الخبرات الجديدة أيضًا. إن الأمر... كما لو أن شخصيتهم قد توقفت توقفًا واضحًا عند نقطة معينة، فلم يعد بإمكانها الاتساع بإضافة العناصر الجديدة أو استيعابها»[١٩]. كما تنبأ بأنهم سيواجهون تدهورًا بطيئًا في وظيفتيهم الشخصية والمهنية ما لم يصيروا علىٰ وعي بالعناصر المنفصلة ويقوموا بإدماجها لتكون عبارة عن قصة حدثت في الماضي لكنها انتهت الآن؛ ولقد تم الآن التوثيق الجيد لهذه الظاهرة في الأبحاث المعاصرة[٢٠].

اكتشف جانيه أن علىٰ الرغم من أنه من الطبيعي تغيير المرء ذكرياته وتحريفها، إلا أن المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة يكونون عاجزين عن نبذ الحدث الحقيقي -مصدر تلك الذكريات- وراء ظهورهم؛ إذ يمنع التفارقُ الصدمةَ من الاندماج داخل المخازن المتكتلة دائمة التغير الخاصة بذاكرة السيرة الذاتية، مما يؤدي إلىٰ إنشاء نظام ذاكرة مزدوج. إن الذاكرة العادية تدمج عناصر كل خبرة في نهر الخبرة الشخصية الجاري، ويحدث هذا الإدماج بواسطة عملية ترابط معقدة؛ ويمكنك اعتبارها شبكة مكثفة ولكنها مرنة، حيث يمارس كل عنصر تأثيرًا دقيقًا علىٰ العديد من العناصر الأخرىٰ. ولكن في حالة جوليان، فقد تم تخزين الأحاسيس، والأفكار، والانفعالات الناتجة عن الصدمة تخزينًا منفصلًا في هيئة شظايا مجمدة عسيرة الفهم. وبهذا فإذا كانت مشكلة اضطراب الكرب التالي للصدمة هي التفارق، فسيكون الهدف من العلاج هو الترابط: دمج العناصر الصدمية المقطوعة في سرد الحياة الجاري، بحيث يستطيع الدماغ تمييز أن «ذلك كان آنذاك، وهذا هو الآن».

منابع «الشفاء بالكلام»

لقد وُلِد التحليل النفسي في أجنحة «سالبترير». وفي عام ١٨٨٥م، ذهب فرويد إلىٰ باريس للعمل مع شاركو، ولقد قام فيما بعد بتسمية ابنه البكر «جان مارتن» تكريمًا لشاركو. ثم في عام ١٨٩٣م، قام فرويد وناصِحُه جوزيف بروير Josef Breuer بالاستشهاد بشاركو وجانيه في ورقة بحثية رائعة حول سبب الهستيريا، حيث أعلَنَا قائلين: «يعاني الهستيريون بصفة أساسية من الاسْتِذْكارات»، ثم تابعا فأشارا إلىٰ أن هذه الذكريات لا تخضع لـ «عملية التآكل» التي تمر بها الذكريات العادية وإنما «تمكث لفترة طويلة في نضارة مذهلة». كما لا يستطيع الأشخاص المصدومون التحكم في وقت ظهورها: «يتحتم علينا أن . . . نشير إلىٰ حقيقة أخرىٰ جديرة بالملاحظة . . . هذا معناه أن تلك الذكريات، علىٰ عكس الذكريات الأخرىٰ الخاصة بماضيهم، ليست تحت تصرف المرضىٰ. وعلىٰ العكس من ذلك، فهذه الخبرات تغيب تمامًا عن ذاكرة المرضىٰ حين يكونون في حالة نفسية عادية، أو يقتصر وجودها علىٰ شكل وجيز للغاية»٢١. (جميع الحروف المائلة في الفقرات المقتبسة موجود في النص الأصلي لبروير وفرويد).

اعتقد بروير وفرويد أن الوعي العادي يَفقد الذكريات الصدمية إما لأن «الظروف جعلت صدور رد الفعل مستحيلًا»، أو لأنها بدأت أثناء «تأثيرات شديدة الإشلال، كالرعب مثلًا». ثم في عام ١٨٩٦م ادعىٰ فرويد بجرأة أن «السبب الرئيسي للهستيريا في كل الأحوال هو إغواء شخص راشد للطفل»٢٢؛ ثم حين ارتطم بدليله الشخصي علىٰ انتشار وباء الانتهاك في أفضل عائلات فيينا -وهو دليل ذكر أنه سيورط أباه هو شخصيًّا-، ما لبث أن تقهقر. وتحول التحليل النفسي إلىٰ التركيز علىٰ الرغبات والتخيلات اللاشعورية، وذلك رغم مواصلة فرويد الإقرار من حين لآخر بواقع الانتهاك الجنسي٢٣. وبعدما واجهته أهوال الحرب العالمية الأولىٰ بواقع عُصابات القتال، أعاد فرويد التأكيد علىٰ أن غياب الذكرىٰ اللفظية هو أمر مركزي في الصدمة؛ وأن الشخص ما لم يكن متذكرًا،

فمن المرجح أن يقوم بالتنفيس: «هو لا يحيد إنتاجها كذكرىٰ بل كفعل؛ هو يكررها، دون أن يعلم -بالطبع- أنه يكرر؛ وفي نهاية المطاف، نفهم أن هذه هي طريقته في التذكر»٢٤.

إن الإرث الدائم للورقة التي قدمها بروير وفرويد عام ١٨٩٣ هو ما نسميه الآن «الشفاء الكلامي»: «في بداية الأمر، اندهشنا للغاية حين اكتشفنا أن كل عرض هستيري فردي قد اختفىٰ فورًا وللأبد حينما نجحنا في إبانة ذكرىٰ الحدث المسببة له واستدعاء وجدانها المصاحب، وحين وصف المريض هذا الحدث بأكبر قدر ممكن من التفصيل وصاغ الوجدان في كلمات (كل ما هو مكتوب بالخط المائل موجود في النص الأصلي). وإن التذكر دون الوجدان لا يؤدي إلىٰ نتيجة في جميع الأحوال تقريبًا».

إنهما يوضحان أنه ما لم يكن هناك «رد فعل نشط» للحدث الصدمي، فإن الوجدان «يظل مرتبطًا بالذكرىٰ» ولا يمكن التخلص منه. ويمكن التخلص من رد الفعل بواسطة فعلٍ ما - «بدءًا من الدموع إلىٰ الأفعال الانتقامية». لكن اللغة تستخدم كبديل عن الفعل؛ فبمساعدتها، يمكن «تصريف» الوجدان بنفس النجوع تقريبًا. ثم خلصا إلىٰ أنه «سنفهم الآن كيف أن الإجراء العلاجي الذي وصفناه في هذه الصفحات ذو تأثير شفائي. إنه يضع حدًّا للقوة العملية ... التي لم تُصرَّف في بادئ الأمر [أي حين الصدمة]، بواسطة السماح لوجدانها المخنوق بالعثور علىٰ مخرج من خلال الحديث؛ كما يخضعها للتصحيح الترابطي بإدخالها في الوعي العادي».

وعلىٰ الرغم من أن التحليل النفسي أفَل نَجمُه اليوم، إلا أن «الشفاء الكلامي» ظل حيًّا، وافترض الأخصائيون النفسيون عمومًا أن قيام الناس بسرد قصة الصدمة بتفصيل شديد سيساعدهم علىٰ نبذها وراءهم؛ وهذه أيضًا إحدىٰ الفرضيات الأساسية للعلاج السلوكي المعرفي، الذي يُدرَّس اليوم في مساقات الدراسات العليا لعلم النفس في جميع أنحاء العالم.

ورغم تغيُّر الوسوم التشخيصية، فما زلنا نرىٰ مرضىٰ مشابهين لأولئك الذين وصفهم شاركو، وجانيه، وفرويد. ففي عام ١٩٨٦م، كتبت أنا وزملائي عن حالة المرأة التي كانت تعمل فتاة سجائر في ملهىٰ «كوكونَت غروف» الليلي وقت احتراقه عام١٩٤٢م٢٥؛ لقد ظلت هذه الفتاة تعيد تمثيل هروبها سنويًّا في شارع «نيوبري» خلال السبعينيات والثمانينيات من القرن الماضي، علىٰ مقربة بضعة مبانٍ من الموقع الأصلي، مما أدىٰ إلىٰ إدخالها في المستشفىٰ بتشخيصات مثل الفصام، والاضطراب ثنائي القطب. وفي عام ١٩٨٩م، كتبتُ عن محارب قديم كان يقوم سنويًّا بـ «سطو مسلح» في نفس الذكرىٰ السنوية لموت أحد رفاقه٢٦؛ حيث كان يضع إصبعًا في جيبه، ويدعي أنه مسدس، ويطلب من صاحب المتجر إفراغ ماكينة الصرافة - فيمنحه متسعًا من الوقت لتنبيه الشرطة؛ ثم انتهت هذه المحاولة اللاشعورية الرامية إلىٰ «انتحار علىٰ يد الشرطة» بعد أن أحال القاضي المحاربَ القديم إليّ لعلاجه؛ وبمجرد أن تعاملنا مع شعوره بالذنب تجاه موت صديقه، توقفت إعادات التمثيل.

مثل هذه الحوادث تثير سؤالًا بالغ الأهمية: كيف يمكن للأطباء، أو ضباط الشرطة، أو الأخصائيين الاجتماعيين تمييزَ أن شخصًا ما يعاني من الكرب الصدمي طالما أنه يعيد التمثيل بدلًا من التذكر؟ كيف يمكن للمرضىٰ أن يتعرفوا علىٰ منبع سلوكياتهم؟ فإذا لم يكن تاريخهم معلومًا، فغالبًا ما يوسمون بالجنون أو يعاقبون بصفتهم مجرمين بدلًا من مساعدتهم علىٰ إدماج الماضي.

الذاكرة الصدمية قيد المحاكمة

لقد ادعىٰ ما لا يقل عن عشرين رجلًا أنهم تعرضوا للتحرش من بول شانلي، ووصل العديد منهم إلىٰ تسويات مدنية مع مطرانية[1] بوسطن، وكان جوليان هو الضحية الوحيدة التي جرىٰ استدعاؤها للإدلاء بشهادتها في محاكمة

---

(١) مصطلح «مِطرانية» (بِكسر الميم) هي كرسي المطران؛ أي المنطقة أو المناطق الواقعة تحت إدارته روحيًّا وكنسيًّا. وفي العُرف العام، تُطلَق الكلمة علىٰ مقر الأب الأسقف، حتىٰ وإن لم يكن مُطرانًا. قاموس المصطلحات الكنسية (المترجم).

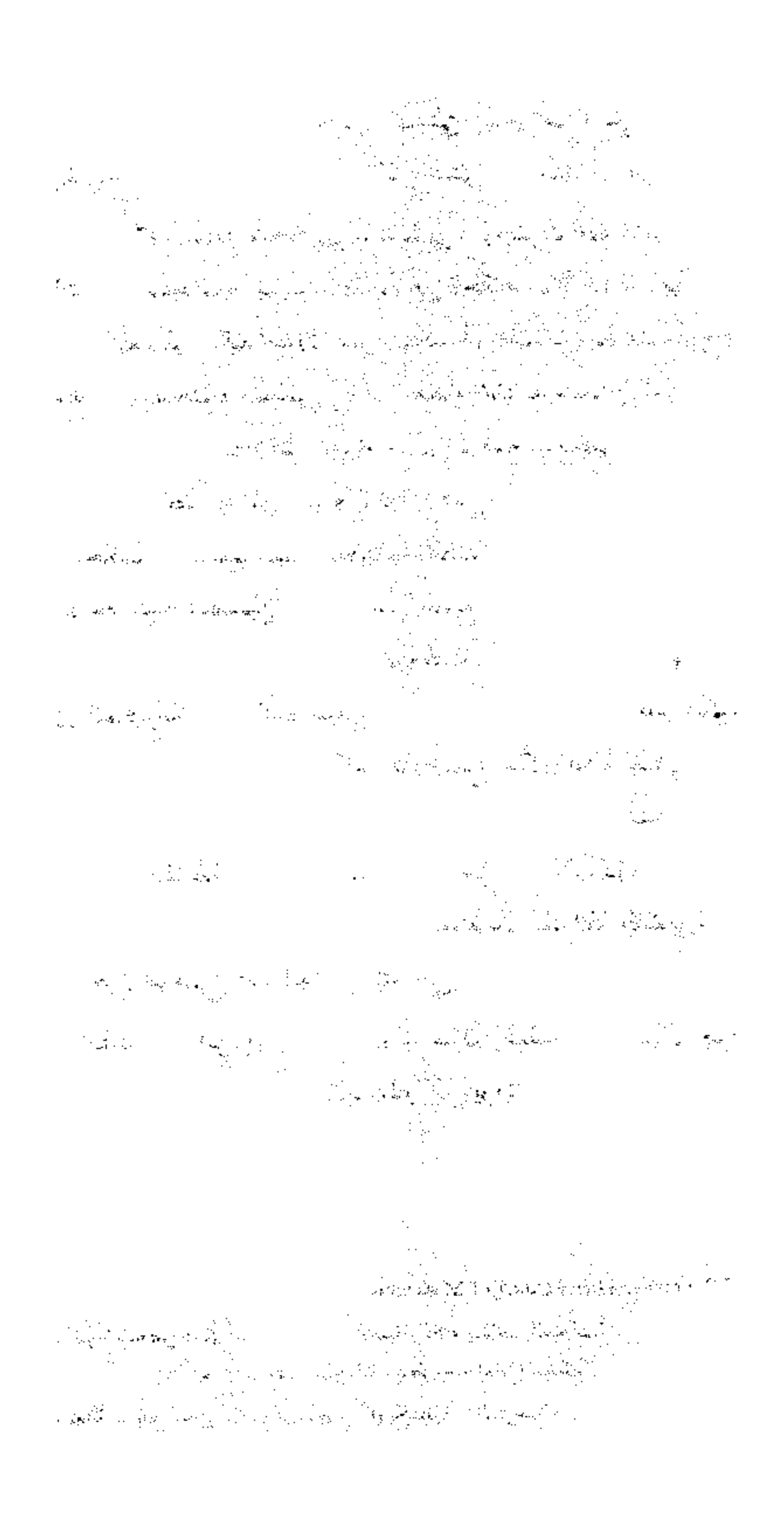
شانلي. وفي فبراير ٢٠٠٥م، أدين هذا القس بتهمتَيِ اغتصاب طفل وبتهمتَيِ اعتداء علىٰ طفل وضربه؛ وحُكم عليه بالسجن لاثني عشر إلىٰ خمسة عشر عامًا.

ثم في عام ٢٠٠٧م، قدم محامي شانلي، روبرت إف شو الابن Robert F. Shaw Jr، طلبًا لمحاكمة جديدة، طاعنًا في أحكام إدانة شانلي بوصفها إساءة تطبيق لأحكام العدالة. لقد حاول شو إثبات أن «الذكريات المكبوتة» لا تتحلىٰ بقبول عام في المجتمع العلمي، وأن أحكام الإدانة مستندة إلىٰ «علم احتيالي»، وأنه لم يكن هناك شهادات كافية حول الوضع العلمي للذكريات المكبوتة قبل المحاكمة. فرفض قاضي المحاكمة الأصلي الاستئناف، ولكن بعد عامين نظرت فيه «محكمة ماساتشوستس القضائية العليا[1]»؛ وقام ما يقرب من مائة من الأطباء والأخصائيين النفسيين البارزين من جميع أنحاء الولايات المتحدة وثماني دول أجنبية بالتوقيع علىٰ مذكرة لصديق المحكمة[2] تنص علىٰ أنه لم يثبت قط وجود «الذكرىٰ المكبوتة» وأنه كان ينبغي عدم قبولها كدليل. ورغم ذلك، ففي العاشر من يناير ٢٠١٠م، أيدت المحكمة بالإجماع حكم إدانة شانلي بهذا البيان: «باختصار، فالنتيجة التي خلص إليها القاضي أن عدم وجود اختبار علمي لا ينفي معقولية النظرية القائلة بأن الفرد قد يعاني من فقد الذاكرة التفارقي المدعوم في السجلات . . . . ولم يكن هناك إساءة استعمال للسلطة التقديرية في قبول شهادة الخبراء حول موضوع فقد الذاكرة التفارقي».

سأسهب في الفصل التالي عن الذاكرة والنسيان وكيف أن الجدال حول الذاكرة المكبوتة -الذي بدأ مع فرويد- ما زال يثار إلىٰ يومنا هذا.

(1) Supreme Judicial Court of Massachusetts.

(٢) صديق المحكمة: هو الشخص الذي ليس طرفًا في قضية ولكنه يساعد المحكمة من خلال تقديم معلومات أو خبرة أو استشارات لها تأثير علىٰ القضايا المطروحة أمام المحكمة. والقرار بشأن ما إذا كان سيتم الاستعانة به يقع ضمن تقدير المحكمة. (ويكيبيديا) (المترجم).



الفصل الثاني عشر
وطأة التذكُّر التي لا تطاق

أجسادنا هي النصوص التي تحمل الذكريات، وبالتالي فالتذكر لا يقلّ عن كونه تَنَاسُخ أَرْواح[1].

- كاتي كانون Katie Cannon

لقد مر الاهتمام العلمي بالصدمات بتقلبات شديدة كبيرة خلال الـ١٥٠ عامًا الماضية؛ إذ كانت وفاة شاركو عام ١٨٩٣م وتحويل فرويد تركيزه إلىٰ الصراعات، والدفاعات، والغرائز الداخلية الموجودة في جذور المعاناة النفسية، كان ذلك مجرد جزء من إجمالي فقدان الطب السائد اهتمامه بالموضوع؛ وسرعان ما اكتسب التحليل النفسي شعبية كبيرة؛ إذ في عام ١٩١١م، شكا الطبيب النفسي مورتون برنس Morton Prince -الذي كان قد درس مع وليام جيمس وبيير جانيه- من أن المهتمين بآثار الصدمة هم مثل «محار أغرقه الموج المتصاعد بميناء بوسطن».

لكن هذا الإهمال استمر لبضع سنوات فقط، لأن اندلاع الحرب العالمية عام ١٩١٤م واجه الطب وعلم النفس مجددًا بمئات الآلاف من الرجال المصابين بأعراض نفسية غريبة، وحالات طبية غير مبررة، وفقدان الذاكرة. ولقد مكَّنتنا

(١) تناسخ الأرواح reincarnation: رجوع الشخص البشري بعد موته إلىٰ الحياة مجددًا في جسد إنسان آخر، وهي فكرة فلسفية ودينية. (ويكيبيديا) (المترجم).

التكنولوجيا الجديدة للصور المتحركة من تصوير هؤلاء الجنود، كما نستطيع اليوم أن نلاحظ علىٰ موقع «يوتيوب» وضعياتهم الجسدية الشاذة، ولَفَظاتهم الغريبة، وتعبيراتهم الوجهية المرعِبة، ونفضاتهم[1] -وهو التعبير المادي المتجسد الخاص بالصدمة: «ذكرىٰ منقوشة في الذهن في هيئة صور وكلمات داخلية، وفي ذات الوقت منقوشة في الجسد»١.

في باكورة الحرب، وضع البريطانيون تشخيص «صدمة القصف shell shock»، الذي كان يمنح المحاربين القدامىٰ حق تلقي العلاج ومعاش الإعاقة؛ وكان التشخيص البديل -المماثل- هو «الوهن العصبي neurasthenia»، حيث لا يتلقون له علاجًا ولا معاشًا؛ كما كان تحديد أي التشخيصين يتلقاه الجندي متروكًا لتوجُّه الطبيب المعالج٢.

في أي وقت من أوقات الحرب، كان هناك أكثر من مليون جندي بريطاني يخدمون في «الميدان الغربي»؛ وفي الساعات القليلة الأولىٰ من يوم ١ يوليو ١٩١٦م وحده، في «معركة السوم»، تكبد الجيش البريطاني ٥٧٤٧٠ ضحية، من بينهم ١٩٢٤٠ قتيلًا، وهو أشد الأيام دموية في تاريخه. ويقول المؤرخ جون كيجان John Keegan عن قائدهم، المارشال دوغلاس هيج Douglas Haig، الذي يطل تمثاله اليوم علىٰ شارع «وايت هول» بمدينة لندن، التي كانت ذات يوم مركز الإمبراطورية البريطانية: «في سلوكه العلني وفي مذكراته الخاصة، لم ولا يمكن ملاحظة أي اكتراث بالمعاناة الإنسانية»؛ وفي معركة السوم، «أرسل زهرة الشباب البريطاني إلىٰ الموت أو التشوه»٣.

مع استمرار الحرب، تزايد تقويض صدمة القصف لكفاءة القوات المقاتلة؛ ولوقوع «هيئة الأركان العامة البريطانية»[2] بين أخذ معاناة جنودهم علىٰ محمل الجد وبين السعي للانتصار علىٰ الألمان، أصدرت الهيئة «الأمر الروتيني العام

---

(١) نفضة tic: تتميز هذه الحركات بأنها غير إرادية، وغير إيقاعية، ومتكررة أو سريعة. وقد تكون بسيطة مثل الغمز بالعين أو هز الرقبة أو الكتف، أو بإصدار أصوات، وقد تكون مركبة مثل الحركات شبه الهادفة. (ص).

(2) British General Staff.

رقم ٢٣٨٤»[1] في يونيو عام ١٩١٧م، والذي نص علىٰ أنه «لن يُستخدَم تعبير «صدمة القصف» لفظيًا أو يُسجَّل في أي تقرير كَتِيبِيٍّ أو غيره من تقارير الإصابات، أو في أي مستشفىٰ أو مستند طبي آخر». وصار من المقرر إعطاء جميع الجنود المصابين بمشاكل نفسانية تشخيصًا واحدًا هو (لم يتم تشخيصه بعد، هائج الأعصاب)٤. وفي نوفمبر ١٩١٧م، رفضت «هيئة الأركان العامة» السماح لـ تشارلز صموئيل مايرز Charles Samuel Myers، الذي كان يدير أربعة مستشفيات ميدانية للجنود الجرحىٰ، رفضت السماح له بتقديم ورقة بحثية حول «صدمة القصف» إلىٰ «المجلة الطبية البريطانية»[2]. بل كان الألمان أشد قسوة من ذلك، إذ عاملوا صدمة القصف باعتبارها عيبًا في الشخصية، واتخذوا تجاهه مجموعة متنوعة من التدابير الأليمة، بما في ذلك الصدمات الكهربائية.

وفي عام ١٩٢٢م أصدرت الحكومة البريطانية «تقرير ساوثبورو»[3]، الذي كان هدفه منع تشخيص صدمة القصف في أي حروب مستقبلية وتقويض أي مطالبات أخرىٰ بالتعويض، كما اقترحت إزالة صدمة القصف من جميع التسميات الرسمية وأصرت علىٰ أنه بدءًا من ذلك الحين ينبغي عدم تصنيف هذه الحالات «باعتبارها إصابة حرب وليست مجرد داء أو مرض»٥. وكانت وجهة النظر الرسمية هو أن القوات المدرَّبة جيدًا، إذا تمت قيادتها بشكل صحيح، فلن تعاني من صدمة القصف، وأن الجنود الذين خنعوا للاضطراب هم جنود غير منضبطين ومفتقرون للحماس. ورغم استمرار العاصفة السياسية بخصوص شرعية صدمة القصف لعدة سنوات أخرىٰ، إلا أن التقارير حول أفضل السبل لعلاج هذه الحالات اختفت من الأدبيات العلمية٦.

كما كان مصير المحاربين القدامىٰ في الولايات المتحدة محفوفًا بالمشاكل هم أيضًا؛ ففي عام ١٩١٨م: حينما عادوا إلىٰ الوطن من ساحات قتال فرنسا وشمال بلجيكا، رُحّب بهم بصفتهم أبطالًا وطنيين، تمامًا كالجنود العائدين من

(1) General Routine Order Number 2384.

(2) British Medical Journal.

(3) Southborough Report.

العراق وأفغانستان اليوم؛ وفي عام ١٩٢٤م، صوّت الكونجرس لمنحهم مكافأة قدرها ١,٢٥ دولارًا عن كل يوم عملوا فيه خارج البلاد، ولكن تأجّل الصرف حتىٰ عام ١٩٤٥م.

ثم بحلول عام ١٩٣٢م، كان البلد في منتصف فترة «الكساد الكبير»[1]، وفي مايو من ذلك العام، قام حوالي خمسة عشر ألفًا من المحاربين القدامىٰ العاطلين عن العمل والمفلسين بالتخيم في المركز التجاري بواشنطن العاصمة، لتقديم التماس للحصول علىٰ دفع فوري لمكافآتهم؛ لكن مجلس الشيوخ رفض تعجيل الصرف بأغلبية اثنين وستين مقابل ثمانية عشر. وبعد مرور شهر أمر الرئيس هوفر Hoover الجيشَ بإخلاء معسكر المحاربين القدامىٰ؛ فقاد رئيس أركان الجيش الجنرالُ دوغلاس ماك آرثر Douglas MacArthur القوات، مدعومة بست دبابات، وكان الرائد دوايت أيزنهاور Dwight D. Eisenhower هو مسؤول التواصل مع شرطة واشنطن، وكان الرائد جورج باتون George Patton مسؤولًا عن سلاح الفرسان. واندفع الجنود بحرابهم، ملقين الغاز المسيل للدموع علىٰ حشد المحاربين القدامىٰ؛ وبحلول صباح اليوم التالي، كان المجمع التجاري خاليًا والنيران مندلعة في المخيم٧. ولم يتلق المحاربون القدامىٰ معاشاتهم التقاعدية حتىٰ الآن.

في حين أدارت السياسة والطب ظهريهما للجنود العائدين، فقد خَلَّد الأدب والفن ذكرىٰ أهوال الحرب؛ ففي «كل شيء هادئ في الميدان الغربي[2]»٨، وهي رواية ألفها الكاتب الألماني إريك ماريا ريمارك يتناول فيها الخبرات الحربية التي مر بها جنود الخطوط الأمامية، تحدث فيها بطل الرواية بول بومر Paul Bäumer

---

(١) الكساد الكبير Great Depression: هي أزمة اقتصادية حدثت في عام ١٩٢٩م ومرورًا بعقد الثلاثينيات وبداية عقد الأربعينيات، وتعتبر أكبر وأشهر الأزمات الاقتصادية في القرن العشرين، وقد بدأت الأزمة بأمريكا، وكان تأثيرها مدمرًا علىٰ كل الدول تقريبًا، الفقيرة منها والغنية، وانخفضت التجارة العالمية ما بين النصف والثلثين، كما انخفض متوسط الدخل الفردي وعائدات الضرائب والأسعار والأرباح. (ويكيبيديا) (المترجم).

(2) All Quiet on the Western Front.

بلسان جيل كامل، قائلًا: «أنا علىٰ وعي بأنني، في غفلة مني، فقدت مشاعري؛ أنا لم أعد أنتمي إلىٰ هنا، إنني أعيش في عالم أجنبي؛ وأفضِّل أن يتركني الآخرون وحدي، ألا يزعجني أحد؛ إنهم كثيرو الكلام؛ ولا أستطيع الشعور بصلة بيني وبينهم؛ فكل ما يشغلهم هي الأمور السطحية»٩. وحينما نُشرت الرواية عام ١٩٢٩، صارت علىٰ الفور من أكثر الكتب مبيعًا علىٰ مستوىٰ العالم، وترجمت إلىٰ خمس وعشرين لغة؛ كما النسخة السينمائية من الكتاب الصادرة عام ١٩٣٠م. قد فازت بجائزة الأوسكار لأفضل فيلم.

ولكن عندما تولىٰ هتلر السلطة بعد بضع سنوات، صارت «كل شيء هادئ في الميدان الغربي» من أوائل الكتب «المنحطة» التي أحرقها النازيون في الساحة العامة أمام جامعة هومبولت في برلين١٠؛ فمن الواضح أن الوعي بالآثار المدمرة التي تخلفها الحرب علىٰ عقول الجنود كان سيشكل تهديدًا لانغماس النازيين في جولة أخرىٰ من الجنون.

إن إنكار عواقب الصدمة يمكن أن يلحق الخراب بالنسيج الاجتماعي للمجتمع؛ إذ أن رفض مواجهة الضرر الناجم عن الحرب وعدم التسامح مع «الضعف» قد شاركا بدور هام في صعود الفاشية والعسكرية في جميع أنحاء العالم في الثلاثينيات. ولقد أدت التعويضات الابتزازية للحرب بموجب «معاهدة فرساي» إلىٰ إذلال ألمانيا التي لحق العار بها بالفعل؛ ثم تعامل المجتمع الألماني، هو الآخر، مع محاربيه القدامىٰ المصدومين بلا رحمة، إذ عاملهم باعتبارهم مخلوقات دونية. وبهذا فقد أدت هذه السلسلة من الإهانات اللاحقة بالفئة الواهنة إلىٰ تمهيد المسرح للانحطاط التام لحقوق الإنسان في ظل النظام النازي: التبرير الأخلاقي للقوي في قهره الأدنىٰ منه - وهو المنطق الكامن وراء الحرب التي تلت ذلك.

وجه الصدمة الجديد

لقد دفع اندلاع الحرب العالمية الثانية تشارلز صموئيل مايرز والطبيب النفسي الأمريكي أبرام كاردينر إلىٰ نشر تقارير عملهم مع جنود الحرب العالمية

الأولىٰ والمحاربين القدامىٰ؛ وصار كتابا «صدمة القصف في فرنسا ١٩١٤-١٩١٨م»[1] ١١(١٩٤٠) و«العصابات الصدمية للحرب»[2] (١٩٤١م)١٢ دليلين رئيسيين للأطباء النفسيين الذين كانوا يعالجون الجنود الواقعين في صراع جديد مع «عصاب الحرب». كما كان المجهود الأمريكي تجاه الحرب مذهلًا، وإن التقدم في الطب النفسي الخاص بالخطوط الأمامية قد عكَس صورة هذا الالتزام. ومجددًا، يزودنا «يوتيوب» بنافذة مباشرة تطل علىٰ الماضي: يقوم الفيلم الوثائقي «دع النور يعبر إلىٰ هناك (١٩٤٦م)»[3] -للمخرج الهوليوودي جون هيوستن John Huston - بإظهار العلاج السائد لعصابات الحرب في ذلك الوقت: التنويم المغناطيسي١٣.

في فيلم هيوستن، والذي تم تصويره أثناء خدمته في «فيلق إشارة الجيش»[4]، لا يزال الأطباء متسمين بالنزعة الأبوية ولا يزال المرضىٰ شبابًا مرعوبين؛ لكنهم يظهرون صدماتهم بأشكال مختلفة: في حين أن جنود الحرب العالمية الأولىٰ يتخبطون في مشيهم، ويعانون من نفضات وجهية، وينهارون بلا حراك، إلا أن الجيل التالي يتحدث وينكمش خوفًا؛ إن أجسادهم لم تنسَ وما زالت محتفظة بالذكرىٰ: إذ يشعرون باضطراب في بطونهم، وتتسارع ضربات قلوبهم، ويؤدي الهلع إلىٰ سحقهم. لكن الصدمة لم تؤثر علىٰ أجسادهم فحسب؛ إذ سمحت لهم الغيبة الناجمة عن التنويم بالعثور علىٰ كلمات للأمور التي كانوا يخشون تذكرها: رعبهم، وشعور الناجي بالذنب، وولاءاتهم المتضاربة. كما أذهلني أن هؤلاء الجنود بدا أنهم أكثر كبحًا لجماح غضبهم وعدائهم مقارنة بالمحاربين القدامىٰ الأصغر سنًا الذين كنت أعمل معهم؛ إن الثقافة تشكّل كيفية التعبير عن الكرب الصدمي.

---

(1)- Shell Shock in France 1914-1918.

(2) TheTraumatic Neuroses of War.

(3) Let There Be Light.

(4) Army Signal Corps.

لقد كتبت المنَظِّرة النسوية جرمين جرير Germaine Greer عن علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة لدىٰ والدها بعد الحرب العالمية الثانية: «عندما قام [الأطباء المسؤولون] بفحص الرجال الذين يعانون من اضطرابات شديدة ظاهرة، وجدوا أن السبب الجذري في كل الأحوال تقريبًا موجود في خبرة ما قبل الحرب: لم يكن هؤلاء المرضىٰ مواد قتالٍ من الدرجة الأولىٰ . . . . الافتراض العسكري هو [أن] الحرب ليست هي ما يُمرِض الرجال، وإنما الرجال المرضىٰ همْ من ليس بمقدورهم خوض الحروب»١٤. يبدو أن الأطباء لم يقدموا أي خير لوالدها، لكن جهود جرمين للتأقلم مع معاناته ساعدت بلا شك في تغذية تعرضها للهيمنة الجنسية بكل مظاهرها القبيحة من الاغتصاب، وإتيان المحارم، والعنف المنزلي.

حين كنت أعمل في «شئون المحاربين»، كانت تنتابني الحيرة من أن الغالبية العظمىٰ من المرضىٰ الذين كنا نراهم في عيادة الطب النفسي كانوا شبابًا، محاربين قدامىٰ تم تسريحهم مؤخرًا، في حين أن الممرات والمصاعد التي تؤدي إلىٰ الأقسام الطبية كانت ممتلئة بالرجال المسنين. وبدافع الفضول تجاه هذا التفاوت، أجريت مسحًا للمحاربين القدامىٰ للحرب العالمية الثانية في العيادات الطبية عام ١٩٨٣م؛ وقد حصلت الغالبية العظمىٰ منهم علىٰ نتيجة إيجابية لاضطراب الكرب التالي للصدمة علىٰ سلم التقييم الذي صممته، لكن علاجهم كان مركزًا علىٰ الشكاوىٰ الطبية وليست النفسانية. لقد كان هؤلاء المحاربون يوصِّلون اكترابهم من خلال تقلصات المعدة وآلام الصدر وليس من خلال الكوابيس والحنق، والتي كانوا يعانون منها أيضًا، كما أظهر بحثي. يحدد الأطباء الكيفية التي يوصّل بها مرضاهم اكترابهم: فحين يشكو المريض من كوابيس مرعبة ثم يطلب طبيبه إجراء أشعة سينية علىٰ الصدر، يلاحظ المريض أنه سيحصل علىٰ رعاية أفضل إذا ركز علىٰ مشكلاته الجسدية. وعلىٰ غرار أقاربي الذين قاتلوا أو أُسِرُوا في الحرب العالمية الثانية، فقد كان معظم هؤلاء الرجال عازفين للغاية عن مشاركة خبراتهم؛ وكان حسي الداخلي أنه لا الأطباء ولا مرضاهم يريدون العودة إلىٰ الحرب.

ومع ذلك، فقد خرج القادة العسكريون والمدنيون من الحرب العالمية الثانية بدروس مهمة كان الجيل السابق قد فشل في استيعابها؛ فبعد هزيمة ألمانيا النازية وإمبراطورية اليابان، ساعدت الولايات المتحدة في إعادة بناء أوروبا من خلال «خطة المارشال» **Marshall Plan**، والتي شكلت الأساس الاقتصادي للسنوات الخمسين التالية التي سادها السلام النسبي. وفي الوطن، قدّمت «فاتورة المحاربين» التعليمَ والرهون العقارية لملايين المحاربين القدامىٰ، مما عزز الرفاهية الاقتصادية العامة وخلق طبقة وسطىٰ واسعة النطاق حاصلة علىٰ تعليم جيد. لقد قادت القواتُ المسلحة الأمةَ في التكامل العرقي والفرص، كما قامت «شئون المحاربين» ببناء منشآت علىٰ مستوىٰ البلاد لتقديم الرعاية الصحية للمحاربين. لكن رغم كل هذا الاهتمام العميق بالمحاربين العائدين، فلم يميزوا الندوب النفسية للحرب، كما اختفىٰ العصاب الصدمي تمامًا من التسميات النفسانية الرسمية؛ وإن آخر الكتابات العلمية عن صدمات المعارك بعد الحرب العالمية الثانية كانت عام ١٩٤٧م.

إعادة اكتشاف الصدمة

كما أشرت سابقًا، فحينما بدأت العمل مع قدامىٰ الحرب الفيتنامية، لم يكن هناك كتاب واحد عن صدمات الحرب في مكتبة «شئون المحاربين»، لكن حرب فيتنام ألهمت الناس للقيام بالعديد من الدراسات، وتشكيل المنظمات العلمية، وإدراج تشخيص الصدمة -وهو اضطراب الكرب التالي للصدمة- في الأدبيات المهنية. وفي الوقت نفسه، كان الاهتمام بالصدمات سريع التفشي بين عامة الناس.

في عام ١٩٧٤م، ذكر «الكتاب المرجعي الشامل في الطب النفسي، تحرير: فريدمان وكابلن[1]» أن «إتيان المحارم أمر نادر للغاية، ولا يصيب أكثر من ١ من كل ١,١ مليون شخص»١٦. وكما رأينا في الفصل الثاني، فقد ذهب

(1) Comprehensive Textbook of Psychiatry, Edited by Alfred M. Freedman and Harold I. Kaplan.

هذا الكتاب المرجعي الرسمي شوطًا أبعد لتمجيد الفوائد المحتملة لإتيان المحارم: «إن مثل هذا النشاط الزِّنائي يقلل من احتمال إصابة الحالة بالذهان كما يسمح بتكيف أفضل مع العالم الخارجي .... ولم تتضرر الغالبية العظمىٰ من تلك الخبرة».

لكن اتضح مدىٰ ضلال هذه التصريحات عند ظهور الحركة النسوية الصاعدة، جنبًا إلىٰ جنب مع الوعي بالصدمة عند عودة المحاربين، مما شجع عشرات الآلاف من الناجين من الانتهاك الجنسي الطفولي، والعنف المنزلي، والاغتصاب علىٰ رفع القضايا. وتم تشكيل مجموعات رفع الوعي ومجموعات الناجين، كما قامت العديد من الكتب الشعبية بمناقشة مراحل العلاج والشفاء بتفصيل شديد؛ بما في ذلك «الشجاعة للشفاء (١٩٨٨م)» The Courage to Heal، وهو كتاب المساعدة الذاتية الأكثر مبيعًا الموجه للناجين من إتيان المحارم، وكتاب جوديث هيرمان «الصدمة والتعافي (١٩٩٢م)» Trauma and Recovery.

ولحذري مما أعلمه من التاريخ، بدأت أتساءل عما إذا كنا متجهين نحو رَدَّة عنيفة أخرىٰ مشابهة لما جرىٰ في ١٨٩٥م و١٩١٧م و١٩٤٧م ضد الاعتراف بواقع الصدمة؛ وقد ثبت أن هذا هو الحال، فبحلول أوائل التسعينيات، بدأت المقالات تظهر في العديد من الصحف والمجلات الرائدة في الولايات المتحدة وأوروبا حول ما يسمىٰ بـ«متلازمة الذاكرة الزائفة[1]» التي يُفترض أن المرضىٰ النفسانيين يُصَنِّعون فيها ذكريات زائفة مستفيضة عن الانتهاك الجنسي، ثم يدعون بعد ذلك أنها بقيت خامدة لسنوات عديدة قبل أن يتم استردادها.

وما كان مدهشًا في هذه المقالات هو اليقين الذي ذكروا به عدم وجود دليل علىٰ أن الناس يتذكرون الصدمة بشكل مختلف ولو بعض الشيء عن الأحداث العادية، كما أتذكر بوضوح مكالمة هاتفية من مجلة إخبارية شهيرة في لندن، تخبرني أنهم يخططون لنشر مقال عن الذاكرة الصدمية في العدد التالي ويسألونني عما إذا كان لدي أي تعليقات علىٰ هذا الموضوع؛ ولقد كنت متحمسًا

(1) False Memory Syndrome.

جدًّا لسؤالهم هذا، فأخبرتهم أن فقدان ذاكرة لأحداث الصدمية بدأت دراسته لأول مرة في إنجلترا قبل أكثر من قرن؛ وذكرت العمل الذي قام به جون إريك إريكسن John Eric Erichsen وفريدريك مايرز Frederic Myers حول حوادث السكك الحديدية في ستينيات وسبعينيات القرن التاسع عشر، والدراسات المستفيضة التي قام بها تشارلز صموئيل مايرز وويليام ريفرز W. H. Rivers حول مشاكل الذاكرة لدىٰ جنود المعارك في الحرب العالمية الأولىٰ؛ كما اقترحت عليهم الاطلاع علىٰ مقال نُشر في مجلة «ذا لانسيت» The Lancet في عام ١٩٤٤م، والذي وصف تداعيات إنقاذ الجيش البريطاني بأكمله من شواطئ دونكيرك عام ١٩٤٠م، إذ عانىٰ أكثر من ١٠ بالمائة من الجنود الذين جرت دراستهم من فقدان ذاكرة جسيم بعد الإخلاء١٧. وفي الأسبوع التالي، أخبرت المجلة قراءها أنه لا يوجد أي دليل علىٰ الإطلاق علىٰ أن الناس يفقدون أحيانًا بعض أو كل ذكريات الأحداث الصدمية.

لم تكن قضية تأخر استرجاع ذكريات الصدمة مثيرة لجدل كبير حين وصف مايرز وكاردينر هذه الظاهرة لأول مرة في كتبهما الخاصة بعصاب المعارك في الحرب العالمية الأولىٰ؛ أو حين لوحظ فقدان ذاكرة جسيم بعد الإخلاء من دونكيرك؛ أو حين كتبتُ عن قدامىٰ الحرب الفيتنامية وعن الناجية من حريق ملهىٰ «كوكونَت غروف»؛ ورغم ذلك، ففي الثمانينيات وأوائل التسعينيات، حينما بدأ توثيق مشاكل مشابهة في الذاكرة لدىٰ النساء والأطفال ضمن سياق العنف المنزلي، قامت جهود ضحايا الانتهاك الرامية إلىٰ مكافحة الجناة المزعومين، قامت بنقل القضية من العلم إلىٰ السياسة والقانون؛ وصار هذا -بدوره- هو السياق لفضائح الانتهاك الجنسي للأطفال داخل الكنيسة الكاثوليكية، حيث جرىٰ تحريض خبراء الذاكرة ضد بعضهم بعضًا داخل قاعات المحاكم في جميع أنحاء الولايات المتحدة ولاحقًا في أوروبا وأستراليا.

وادعىٰ الخبراء الذين يدلون بشهاداتهم باسم الكنيسة أن ذكريات الانتهاك الجنسي في الطفولة غير موثوقة في أحسن الأحوال، وأن الادعاءات التي قدمها الضحايا المزعومون ناتجة علىٰ الأرجح عن ذكريات زائفة زرعها في أذهانهم

معالجون نفسيون مفرطو التعاطف، أو سُذَّج، أو مدفوعون بأجنداتهم الخاصة. ولقد فحصت خلال هذه الفترة أكثر من خمسين راشدًا كانوا -مثل جوليان- متذكرين انتهاك القساوسة لهم، لكن تم رفض مزاعمهم في حوالي نصف القضايا.

علم الذاكرة المكبوتة

في الواقع، كانت هناك المئات من المنشورات العلمية تمتد لأكثر من قرن من الزمان وتوثق إمكانية كبت ذكرىٰ الصدمة، لكنها لم تعاود الظهور إلا بعد سنوات أو عقود١٨؛ فقد تم الإبلاغ عن فقدان الذاكرة لدىٰ الأشخاص الذين اختبروا الكوارث الطبيعية، والحوادث، وصدمات الحرب، والاختطاف، والتعذيب، ومعسكرات الاعتقال، والانتهاك الجسدي والجنسي. ويُعتبر الفقدان الكلي للذاكرة أكثر شيوعًا في الانتهاك الجنسي في الطفولة، حيث تتراوح نسبة حدوثه من ١٩ بالمائة إلىٰ ٣٨ بالمائة١٩؛ وهذه المسألة ليست مثيرة للجدل بشكل خاص: ففي وقت مبكر من عام ١٩٨٠م، ميّز «الدليل التشخيصي والإحصائي الثالث» وجود فقدان الذاكرة للأحداث الصدمية ووضعه في معايير التشخيص لفقد الذاكرة التفارقي: «العجز عن تذكر المعلومات الشخصية الهامة -التي عادة ما تكون ذات طبيعة صدمية أو مكربة- إلىٰ حدٍّ لا يمكن تفسيره بالنسيان العادي». وظل فقدان الذاكرة جزءًا من معايير اضطراب الكرب التالي للصدمة منذ أن تم تقديم هذا التشخيص لأول مرة.

لقد أجرت الدكتورة ليندا ماير ويليامز Linda Meyer Williams إحدىٰ أكثر الدراسات إثارة للاهتمام حول الذاكرة المكبوتة، والتي بدأت حينما كانت طالبة دراسات عليا في علم الاجتماع بجامعة بنسلفانيا في أوائل السبعينيات: لقد أجرت ويليامز مقابلات مع ٢٠٦ فتاة تتراوح أعمارهن بين ١٠ و١٢ سنة، كن قد جُلِبن إلىٰ غرفة طوارئ المستشفىٰ بعد تعرضهن للانتهاك الجنسي؛ وتم الاحتفاظ بتحاليلهن المعملية، وبأوراق المقابلات التي أُجريت معهن ومع أولياء أمورهن، في السجلات الطبية بالمستشفىٰ. وبعد سبعة عشر عامًا، تمكنت ويليامز من

تعقب ١٣٦ طفلة -اللائي أصبحن الآن راشدات- وأجرت معهن مقابلاتٍ متابعة مستفيضة٢٠؛ فوجدت أن أكثر من ثلث النساء (٣٨ في المائة) لم يتذكرن الانتهاك الموثق في سجلاتهن الطبية، في حين قالت ١٥ امرأة فقط (١٢ في المائة) أنهن لم يتعرضن للانتهاك أبدًا في طفولتهن؛ كما أبلغ أكثر من الثلثين (٦٨ بالمائة) عن حوادث أخرىٰ بخصوص الانتهاك الجنسي في الطفولة. ووجدت أن النساء اللائي كن أصغر سنًّا وقت وقوع الحادث وأولئك اللاتي تعرضن للتحرش من قِبل شخص يعرفونه، كن أكثر عرضة لنسيان انتهاكهن.

كما تناولت هذه الدراسة معولية الذكريات المستردة: لقد صرّحت امرأة من كل عشر نساء (١٦ في المائة ممن تذكرن الانتهاك) أنها قد نسيته في وقت ما في الماضي ولكنها تذكرت لاحقًا أنه قد حدث؛ وبالمقارنة بالنساء اللواتي لم ينسين أبدًا التحرش الذي تعرضن له، فإن النساء اللواتي حدث لهن فترة سابقة من النسيان كنَّ أصغرَ سنًّا حين تعرضن للانتهاك وعلىٰ الأرجح لم يكنَّ ليتلقين دعمًا من أمهاتهن. كما حددت ويليامز أن الذكريات المستردة كانت تقريبًا بنفس دِقّة تلك التي لم تُفقَد أبدًا: لقد كانت جميع ذكريات النساء دقيقة بخصوص الحقائق المركزية للحادث، لكن لم يتطابق أي من قصصهن تطابقًا دقيقًا مع كل التفاصيل الموثقة في ملفاتهن٢١.

ولقد دعمت أبحاثُ علم الأعصاب الحديثة النتائجَ التي توصلت إليها ويليامز، حيث أظهرت أن الذكريات التي يتم استردادها تميل للعودة إلىٰ بنك الذاكرة مع بعض التعديلات٢٢؛ وأنه ما دامت الذكرىٰ غير قابلة للولوج، فالذهن غير قادر علىٰ تغييرها؛ ولكن بمجرد أن يبدأ المرء في سرد القصة، خاصة إذا سردها مرارًا وتكرارًا، فحينئذ تتغير، وفعلُ السرد نفسُه يغير الحكاية؛ إذ لا يسع العقل إلا أن يخلق المعنىٰ مما يعلمه، وهذا المعنىٰ الذي نخلقه من حياتنا يغير ما نتذكره وكيفية تذكرنا له.

نظرًا لوفرة الأدلة علىٰ إمكانية نسيان الصدمة النفسية ومعاودة ظهورها بعد سنوات، فلماذا قام ما يقرب من مائة من علماء الذاكرة ذوي السمعة الطيبة من عدة دول مختلفة بإلقاء ثقل سمعتهم وراء المطالبة بإسقاط إدانة «الأب شانلي»،

بدعوىٰ أن «الذكريات المكبوتة» مستندة إلىٰ «علم احتيالي»؟ نظرًا لأن فقدان الذاكرة وتأخر استرجاع الخبرات الصدمية لم يكن قد تم توثيقه قط في المختبر، فقد اشتد نفىٰ بعض العلماء المعرفيون لوجود هذه الظواهر٢٣ أو أن الذكريات الصدمية المستردة يمكن أن تكون دقيقة٢٤. ورغم ذلك، فإن ما يواجهه الأطباء في غرف الطوارئ، وأجنحة الطب النفسي، وفي ساحة المعركة يختلف بالضرورة وتمامًا عما يلاحظه العلماء في مختبراتهم التي يسودها الأمن والنظام.

فلنتأمل فيما يُعرف بخبرة «الضياع في مركز التسوق» علىٰ سبيل المثال: لقد أظهر باحثون أكاديميون أنه من السهل نسبيًا غرس ذكريات أحداث لم تقع أبدًا، مثل ضياع المرء في مركز التسوق في مرحلة الطفولة٢٥؛ إذ أن حوالي ٢٥ بالمائة من الأشخاص في هذه الدراسات «يسترجعون» بعد فترة من الزمن أنهم كانوا مرعوبين، بل ذهبوا شوطًا أبعد من ذلك حيث قاموا بسد الثغرات المتروكة؛ لكن مثل هذه الذكريات ليست منطوية علىٰ أي من الرعب الحشوي الذي يختبره الطفل الضائع حقًا.

كما قامت سلسلة بحثية أخرىٰ بتوثيق لامعولية الشهادة العيانية؛ حيث يُعرَض علىٰ المبحوثين مقطع فيديو لسيارة تسير في الشارع ثم يُسألون عما إذا كانوا قد رأوا لافتة توقف أو إشارة مرور؛ أو يُطلب من الأطفال أن يتذكروا ما كان يرتديه رجلٌ زار غرفة صفهم الدراسي؛ كما أظهرت خبرات عيانية أخرىٰ أن الأسئلة المطروحة علىٰ الشهود يمكن أن تغير ما زعموا أنهم يتذكرونه؛ ورغم أن هذه الدراسات ذات قيمة كبيرة في إلقاء ظلال الشك علىٰ العديد من ممارسات الشرطة وقاعة المحكمة، إلا أنه ليس لها صلة معتبرة بالذاكرة الصدمية.

تكمن المشكلة الأساسية فيما يلي: لا يمكن اعتبار أن الأحداث التي تقع في المختبر مُكافِئةٌ للظروف التي تتكون فيها الذكريات الصدمية؛ فالرعب والعجز المرتبطان باضطراب الكرب التالي للصدمة لا يمكن تخليقهما من جديد في مثل هذا الوضع. أجل نستطيع في المختبر دراسة آثار الصدمات الموجودة، كما هو الحال في دراساتنا التصويرية للارتدادات الذكروية المستثارة بالنصوص، ولكن يستحيل طبع بصمة الصدمة الأصلية هناك. لقد أجرىٰ الدكتور روجر بيتمان دراسة

بجامعة هارفارد عرض فيها علىٰ طلاب الجامعات فيلمًا بعنوان «وجوه الموت»، والذي كان يحتوىٰ علىٰ لقطات إخبارية عن حالات وفاة وإعدام متسمة بالعنف؛ ويعد هذا الفيلم -الذي تم حظره الآن علىٰ نطاق واسع- متطرفًا بحيث لا يسمح به أي مجلس مراجعة مؤسسي، وبالرغم من هذا، فلم يتسبب في إصابة متطوعي بيتمان العاديين بأعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة. فإذا كنت ترغب في دراسة الذكرىٰ الصدمية، فعليك دراسة ذكريات الأشخاص الذين تعرضوا حقًّا لصدمة نفسية.

ومن المثير للاهتمام أنه بمجرد خفوت الإثارة والرِّبحية المتعلقتان بالشهادة في قاعة المحكمة، اختفىٰ الجدل «العلمي» كذلك، وتُرك الإكلينيكيون للتعامل مع حطام الذاكرة الصدمية.

الذكرىٰ الصدمية مقابل الذكرىٰ العادية

في عام ١٩٩٤م، قررت أنا وزملائي بـ «مستشفىٰ ماساتشوستس العام» إجراء دراسة منهجية تقارن كيفية استرجاع الناس للخبرات الحميدة والخبرات المروعة؛ فوضعنا إعلانات في الصحف المحلية، والمغاسل، وعلىٰ لوحات إعلانات اتحاد الطلاب، نقول فيها: «هل حدث لك شيء فظيع لا تستطيع طرده من ذهنك؟ اتصل برقم ٧٢٧-٥٥٠٠؛ وسندفع لك ١٠ دولارات مقابل المشاركة في هذه الدراسة». وردًّا علىٰ إعلاننا الأول، ظهر ستة وسبعون متطوعًا ومتطوعة٢٦.

بعد أن قدمنا أنفسنا لهم، بدأنا بسؤال كل مشارك: «هل يمكنك إخبارنا عن حدثٍ في حياتك تظن أنك ستظل متذكرًا له طيلة عمرك ولكنه ليس صدميًّا؟» فبزغ أحد المشاركين قائلًا: «يوم ولادة ابنتي»؛ وذكر آخرون يوم زفافهم، أو اللعب ضمن فريق رياضي حقق فوزًا، أو حصولهم علىٰ لقب الطالب المتفوق في تخرجهم في المدرسة الثانوية. ثم طلبنا منهم التركيز علىٰ تفاصيل حسية محددة لتلك الأحداث، مثل: «هل سبق لك عند وجودك في مكان ما أن تبادر إلىٰ ذهنك، من حيث لا تحتسب، صورةٌ حية لمظهر زوجك في يوم زفافك؟» فكانت الإجابات دائمًا بالنفي؛ ثم «ماذا عن شعورك بجسد زوجك ليلة زفافك؟»

(ولقد تلقينا منهم بعض النظرات الغريبة علىٰ ذلك السؤال) ثم تابعنا: «هل سبق لك أن تذكرت بوضوح ودقةِ الخطابَ الذي ألقيته حين كنت الطالب المتفوق؟»، «هل سبق لك أن انتابتك أحاسيس شديدة عند تذكّر ولادة طفلك الأول؟» وكانت جميع الردود بالنفي.

ثم سألناهم عن الصدمات التي جلبتهم إلىٰ الدراسة، ولقد وجدنا أن الاغتصاب كان هو السبب في حالة العديد منهم، ثم طرحنا عليهم سؤالًا يقول: «هل سبق لك أن تذكرت فجأة كيف كانت رائحة مغتصبك؟»، و«هل شعرت يومًا بنفس الأحاسيس الجسدية التي شعرت بها حين تعرضك للاغتصاب؟» فأثارت تلك الأسئلة استجابات انفعالية قوية مثل: «هذا هو السبب في أنني لم أعد أستطيع الذهاب إلىٰ الحفلات منذ ذلك الحين، لأن رائحة الكحول في أنفاس أي شخص تشعرني أنني أتعرض للاغتصاب من جديد» أو «لم يعد بإمكاني ممارسة الحب مع زوجي، لأنه عندما يلمسني بطريقة معينة أشعر أنني أتعرض للاغتصاب مرة أخرىٰ».

كان هناك اختلافان رئيسيان بين كيفية تحدث الناس عن ذكريات الخبرات الإيجابية مقابل الخبرات الصدمية:

١) كيفية تنظيم الذكريات.

٢) ردود فعلهم الجسدية تجاهها.

لقد تم استدعاء حفلات الزفاف، والولادات، والتخرج بصفتها أحداثًا من الماضي، قصصًا ذات بداية ووسط ونهاية؛ كما لم يبلغ أحد عن وجود فترات نسوا فيها تمامًا أيًا من هذه الأحداث. لكن في المقابل، فقد كانت الذكريات الصدمية غير منظمة؛ إذ تذكّر مبحوثينا بعض التفاصيل بوضوح شديد (رائحة المغتصب، الشج في جبين طفل ميت) لكنهم لم يسترجعوا تسلسل الأحداث أو التفاصيل الحاسمة الأخرىٰ (أول شخص وصل للمساعدة، ما إذا كانت سيارة الشرطة أو الإسعاف هي ما نقلهم إلىٰ المستشفىٰ).

كما سألنا المشاركين كيف استرجعوا الصدمة التي تعرضوا لها في ثلاث نقاط زمنية:

١) عقب حدوثها مباشرة.

٢) حين أصابتهم أعراضهم باضطراب بالغ.

٣) أثناء الأسبوع السابق للدراسة.

قال جميع المشاركين المصدومين أنهم عقب الحدث مباشرة كانوا عاجزين عن إخبار أي شخص بما حدث بالضبط (ولن يفاجئ هذا الأمر أي شخص عمل في غرفة الطوارئ أو خدمة الإسعاف؛ إذ يجلس الناس في ذهول صامت بعد جلبهم من حادث مروري قُتل فيه طفل أو صديق، وذلك من وطأة الرعب وصعقته)؛ كما كان جميعهم تقريبًا يصابون بارتدادات ذكروية متكررة: حيث يشعرون بالانسحاق من الصور، والأصوات، والأحاسيس، والانفعالات. ثم مع مرور الوقت، حدث أيضًا تنشيط لمزيد من التفاصيل والمشاعر الحسية، لكن معظم المشاركين بدؤوا كذلك في إيجاد قدرٍ ما من المنطق فيها؛ لقد بدؤوا في «علم» ما قد حدث والاقتدار علىٰ سرد القصة للآخرين، وهي القصة التي نسميها «ذكرىٰ الصدمة».

ثم تناقص معدل انبثاق الصور والارتدادات الذكروية شيئًا فشيئًا، لكن التحسن الأكبر كان في قدرة المشاركين علىٰ تجميع تفاصيل الحدث وتسلسله معًا؛ وبحلول وقت دراستنا، صار ٨٥ في المائة منهم قادرين علىٰ سرد قصة متماسكة؛ ذات بداية، ووسط، ونهاية؛ ولم يكن هناك إلا ثلة تفتقد التفاصيل الهامة. كما لاحظنا أن الخمسة الذين قالوا إنهم تعرضوا للانتهاك في طفولتهم كانت لديهم أشد الروايات تشظيًا؛ فما زالت ذكرياتهم تحضر في هيئة صور، وأحاسيس جسدية، ومشاعر شديدة.

بيت القصيد هو أن دراستنا أيدت نظام الذاكرة المزدوج الذي وصفه جانيه وزملاؤه في «سالبيترير» منذ أكثر من مائة عام: تختلف الذكريات الصدمية اختلافًا جوهريًا عن القصص التي نرويها عن الماضي؛ إنها متفارقة. إن الأحاسيس

المختلفة التي دخلت الدماغ حين الصدمة لم يتم تجميعها بشكل صحيح في هيئة قصة، في قطعة من السيرة الذاتية.

ربما كانت النتيجة ذات الأهمية القصوىٰ في دراستنا هي أن تذكر الصدمة بكل ما يرتبط بها من وجدانات لا يؤدي بالضرورة إلىٰ مداواتها، كما ادعىٰ بروير وفرويد عام ١٨٩٣م؛ إذ لم يدعم بحثنا فكرةَ أن اللغة يمكن أن تحل محل الفعل، فلقد استطاع معظم المشاركين في دراستنا سرد قصة متماسكة وأيضًا اختبار الألم المرتبط بتلك القصص، لكن الصور والأحاسيس الجسدية التي لا تطاق واصلت الاستيلاء عليهم. كما أن الأبحاث في العلاج المعاصر المتمثل في التعريض، الذي يُعَدّ عنصرًا رئيسيًا في العلاج السلوكي المعرفي، لها نتائج مشابهة مخيبة للآمال: إذ يعود ظهور الأعراض الخطيرة لاضطراب الكرب التالي للصدمة بعد ثلاثة أشهر من انتهاء العلاج عند غالبية المرضىٰ الذين عولجوا بهذا الأسلوب٢٧. وكما سنرىٰ، فالعثور علىٰ كلمات لوصف ما حدث لك يمكن أن يحدث تحولًا كبيرًا، لكنه لا يقضي دائمًا علىٰ الارتدادات الذكروية أو يحسّن التركيز، أو يحفز الانخراط الحيوي في حياتك، أو يقلل من فرط الحساسية لخيبات الأمل والجروح المتصورة.

الاستماع إلىٰ الناجين

لا أحد يرغب في تذكر الصدمة، وفي هذا الصدد لا يختلف المجتمع عن الضحايا أنفسهم؛ فنحن جميعًا نرغب في العيش في عالم آمن، وسهل الإدارة، ومتوقَّع، لكن الضحايا يذكروننا أن هذا لا يكون هو الحال دائمًا. ولكن إذا أردنا أن نفهم كينونة الصدمة، فحينئذ يجب أن نتغلب علىٰ إحجامنا الفطري عن مواجهة هذا الواقع وأن نصقل شجاعتنا للاستماع إلىٰ شهادات الناجين.

في كتابه «شهادات الهولوكوست: أطلال الذاكرة (١٩٩١م)[١]»، كتب لورانس لانجر Lawrence Langer عن عمله في «أرشيف فيديو فورتونوف»[٢]

---

(1) Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory (1991).

(2) Fortunoff Video Archive.

بجامعة ييل: «باستماعنا إلىٰ روايات خبرة الهولوكوست، كشفنا الغطاء عن أدلة فسيفسائية تواصل الامتداد إلىٰ طبقات سحيقة من عدم الاكتمال٢٨. نحن نتصارع مع بدايات حكاية لا نهاية لها، حكاية مليئة بفقرات غير مكتملة؛ ونواجه منظر الشاهد المتلعثم الذي غالبًا ما يتحول إلىٰ صمت مكترب تحت وطأة الذكرىٰ العميقة الساحقة». وكما يقول أحد شاهديه: «إن لم تكن هناك، فمن الصعب وصف الأمر والتعبير عنه؛ فالكيفية التي يعيش بها الرجال في ظل هذا الكرب هي شيء، ثم الكيفية التي توصل بها ذلك الأمر وتعبر عنه لشخص لم يدرك قط أن بالإمكان وجود مثل هذه الدرجة من الوحشية . . . هذه الكيفية تبدو أمرًا خياليًّا».

وتصف ناحية أخرىٰ، شارلوت ديلبو Charlotte Delbo، وجودها المزدوج بعد أحداث «أوشفيتز»: إن «الذات» التي كانت في المخيم ليست أنا، وليست الشخص الموجود هنا، أمامك. كلا، إنه أمر لا يصدق. وكل ما حدث لتلك «الذات» الأخرىٰ، تلك الموجودة في «أوشفيتز»، لا يمسني الآن؛ إن إياي، لا يكترث لإياي. لقد صارت الذاكرة العميقة مفصولة تمامًا عن الذاكرة الشائعة . . . وبدون هذا الانفصال، لم أكن لأتمكن من العودة إلىٰ الحياة»٢٩. كما تعلق قائلة بأن الكلمات صار لها معنىٰ مزدوج هي أيضًا: «وإلا، فإن شخصًا [في المخيمات] كان يتعذب من العطش لأسابيع عديدة لن يتمكن أبدًا من قول: «أنا عطشان، فلنعدّ كوبًا من الشاي»؛ ثم صار العطش مرة أخرىٰ [بعد الحرب] مصطلحًا يمكن استخدامه في الوقت الراهن. ومن ناحية أخرىٰ، فإذا حلمت بالعطش الذي شعرت به في «بيركيناو» [مرافق الإبادة في «أوشفيتز»]، أرىٰ نفسي كما كنت حينها؛ منهكة، مجردة من العقل، مترنحة»٣٠.

خلص لانجر إلىٰ استنتاج مثير: «مَن يستطيع أن يجد قبرًا مناسبًا لفسيفساء الذهن المحطَّمة تلك؟ حيث يمكنها أن تستريح في سلام؟ إن الحياة تمضي، ولكن باتجاهين زمنيين في آن واحد؛ ويكون المستقبل عاجزًا عن الهروب من قبضة الذكرىٰ المحملة بالأسىٰ»٣١.

يتمثل جوهر الصدمة هو أنها أمر ساحق، لا يطاق، وصعب جدًّا تصديقه؛ وبهذا يتطلب التعامل مع كل مريض أن نفصل حِسَّنا عما هو عادي ونقبل أننا

نتعامل مع واقع مزدوج: واقع الحاضر الآمن نسبيًا، المتوقَّع، الذي يعيش مجاورًا الماضي المتهدم دائم الحضور.

قصة نانسي

لقد استطاع ثلة من المرضىٰ أن يصيغوا هذه الازدواجية في كلمات صياغة واضحة، كما فعلت نانسي Nancy، وهي مديرة التمريض بمستشفىٰ «ميدوسترن» Midwestern والتي جاءت إلىٰ بوسطن عدة مرات لتلقي المشورة: بعد فترة وجيزة من ولادة طفلها الثالث، خضعت نانسي لما يعتبر في العادة جراحة عيادة خارجية[1] روتينية، وهي ربط البوقين بالمنظار[2]، حيث يتم كي قناتي فالوب لمنع الحمل المستقبلي. ولكن نظرًا لأنها لم تتلقَّ جرعة تخدير كافية، فقد استيقظت بعد بدء العملية وظلت واعية حتىٰ قرب نهايتها، وفي بعض الأحيان -أثناء العملية- انتابها ما أسمَته «نومًا خفيفًا» أو «حُلمًا»، وفي بعض الأحيان اختبرت رعبًا بالغًا مما هي فيه. لكنها كانت عاجزة عن تنبيه فريق غرفة العمليات بتحريك جسدها أو بالصراخ لأنها كانت قد تلقت مُرخيًا عضليًّا لمنع التقلصات العضلية أثناء الجراحة.

في وقتنا الحالي يُقدَّر حدوث درجة ما من «وعي التخدير[3]» لدىٰ ما يقرب من ثلاثين ألف مريض جراحي بالولايات المتحدة سنويًّا٣٢، ولقد أدليت بشهادتي سابقًا في صف بضعة أشخاص أصيبوا بصدمة نفسية جراء هذه الخبرة؛ ورغم ذلك، فلم ترغب نانسي في مقاضاة جراحها أو طبيب التخدير؛ فقد كان كل تركيزها منصبًّا علىٰ إخراج واقع صدمتها إلىٰ الوعي حتىٰ تتمكن من تحرير نفسها من اقتحام الصدمة لحياتها اليومية. وأود أن أنهي هذا الفصل بمشاركة بضع مقاطع من سلسلة رائعة من رسائل البريد الإلكتروني التي وصفَت فيها رحلتها الشاقة نحو التعافي.

---

(1) Outpatient surgery.

(2) laparoscopic tubal ligation.

(3) anesthesia awareness.

في بادئ الأمر، لم تكن نانسي علىٰ علم بما قد حدث لها: «حين عدنا إلىٰ البيت، كنت لا أزال في حالة ذهول، أقوم بأمور التدبير المنزلي المعتادة، ولكن لم أكن أشعر بأنني علىٰ قيد الحياة حقًّا أو أنني واقعية، كما لاقيت صعوبة في النوم في تلك الليلة. ولأيام عدة، بقيتُ في عالمي الصغير المنفصل. كما لم أكن قادرة علىٰ استخدام مجفف شعر، أو محمصة الخبز، أو الموقد، أو أي شيء ساخن؛ ولم يكن بمقدوري التركيز علىٰ ما يفعله الناس أو يخبرونني به؛ فأنا ببساطة لم أكن مكترثة. كما كان قلقي يتزايد، ونومي يتناقص؛ وكنت مدركة لغرابة سلوكياتي وظللت أحاول فهم ما كان يخيفني.

«وفي الليلة الرابعة بعد الجراحة، في حوالي الثالثة صباحًا، بدأت أدرك أن الحلم الذي كنت أعيشه طوال هذا الوقت متعلق بالمحادثات التي سمعتها داخل غرفة العمليات؛ فلقد أُعدتُّ فجأة إلىٰ جو غرفة العمليات وكان بمقدوري الشعور باحتراق جسدي المشلول؛ وكنت مغمورة في عالم من الفزع والرعب». ثم تقول نانسي أن الذكريات والارتدادات الذكروية بدأت تنفجر في حياتها منذ ذلك الحين.

«كأنَّ شيئًا ما دفع الباب بعض الشيء، سامحًا للبقية بالاقتحام؛ لقد كان هناك مزيج من الفضول والتجنب، وظللت أعاني من مخاوف غير منطقية؛ إذ كنت خائفة للغاية من النوم؛ كما كنت أحس بالرعب حين أرىٰ اللون الأزرق. أما زوجي فقد كان هو من يتحمل -للأسف- وطأة مرضي؛ إذ كنت أنفجر غضبًا عليه دون أن أقصد بتاتًا. وكنت أنام ساعتين إلىٰ ثلاث ساعات فقط علىٰ الأكثر، كما كان النهار مليئًا بساعات من الارتدادات الذكروية؛ لقد ظللت أعاني من فرط تيقظ مزمن، وكانت أفكاري تشعرني بالتهديد بحيث كنت أرغب في الهروب منها. كما فقدت ١٠ كجم في ٣ أسابيع، وظل الناس يعلقون علىٰ مدىٰ روعة مظهري.

«ثم بدأت أفكر في الموت، فلقد كوَّنت منظورًا مشوهًا جدًّا عن حياتي حيث تضاءلت كل نجاحاتي وتضخمت إخفاقاتي القديمة، كما كنت ألحق الأذىٰ بزوجي ووجدت أنني لا أستطيع حماية أطفالي من حنقي.

وبعد ثلاثة أسابيع من الجراحة، عدت لعملي في المستشفىٰ، ثم إن المرة الأولىٰ التي رأيت فيها شخصًا يرتدي بدلة جراحية كانت في المصعد، وحينئذ أردت الخروج فورًا، لكن بطبيعة الحال لم أستطع؛ ثم شعرت بهذه الرغبة الملحة اللاعقلانية في ضربه، والتي بذلت جهدًا كبيرًا لكبح جماحها؛ ولقد أدت هذه الواقِعَة إلىٰ زيادة الارتدادات الذكروية، والرعب، والتفارق؛ وظللت أبكي طوال طريق عودتي من العمل إلىٰ البيت. بعد ذلك أصبحت بارعة في التجنب؛ فلم أضَع قدمًا في المصعد قط، ولم أذهب إلىٰ الكافتيريا قط، كما تجنبت الطوابق الجراحية».

لقد تمكنت نانسي شيئًا فشيئًا من تجميع ارتداداتها الذكروية وإنشاء ذكرىٰ مفهومة -حتىٰ وإن كانت مرعبة- عن عمليتها الجراحية؛ إذ استرجعت تطميناتِ ممرضات غرفة العمليات لها وغفوةً قصيرة بعد بدء التخدير، ثم تذكرت كيف بدأت في الاستيقاظ.

«كان الفريق بأكمله يضحك بخصوص خيانة إحدىٰ الممرضات لزوجها، وقد تزامن ذلك مع إجراء أول شق جراحي، لقد شعرت بطعنة المشرط، ثم القطع، ثم الدم الدافئ وهو يسيل علىٰ جلدي. ولقد سعيت جاهدة لأن أتحرك وأتلفظ بشيء، لكن جسدي لم يطاوعني، ولم أستطع فهم هذا. ثم شعرت بألم أعمق بانفصال طبقات العضلات المشدودة؛ وكنت أعلم أن من المفترض ألا أشعر بهذا».

تتذكر نانسي بعد ذلك شخصًا ما «يتجول مفتشًا» في بطنها وعرَّفت ذلك علىٰ أنه أدوات التنظير، ثم شعرت بقناتها اليسرىٰ وهي تُربط؛ «ثم علىٰ حين غرةٍ شعرتُ بألم شديد حارق، فحاولت الهرب، لكن طَرَف المكواة ظل يطاردني، حارقًا ما بداخلي بلا هوادة. ببساطة، لا توجد كلمات تصف رعب هذه الخبرة؛ فلم يكن هذا الألم من نفس عالم الآلام الأخرىٰ التي عرفتها وتغلبت عليها، كانكسار العظام أو الولادة الطبيعية؛ إنه يبدأ كألم بالغ، ثم يستمر بلا هوادة أثناء احتراق القناة رويدًا رويدًا؛ وإن ألم الشق بالمشرط لا يُعتبر شيئًا مقارنة بهذا الألم العملاق».

«ثم فجأةً شعرتُ بطرف المكواة الحارق وهو يلمس الأنبوب الأيمن أول لمسة؛ وحينما سمعتهم يضحكون، فقدت إدراكي لفترة وجيزة بخصوص أين أنا؛ إذ اعتقدت أنني داخل غرفة تعذيب، ثم لم أستطع فهم سبب تعذيبهم لي دون سؤالي حتىٰ عن أية معلومات . . . . ثم تضاءل عالمي إلىٰ دائرة صغيرة محيطة بطاولة العمليات. ولم يكن هناك حس بالزمن، لم يكن هناك ماضٍ، ولا مستقبل؛ لم يكن هناك سوىٰ الألم، والرعب، والفزع. لقد شعرت بالانعزال عن البشرية جمعاء، بالوحدة العميقة رغم وجود مَن حولي، وظلت الدائرة تتقلص وتركز عليّ».

«أثناء معاناتي، لا بد أنني قمت بحركة ما؛ إذ سمعت ممرضة التخدير تخبر طبيب التخدير بأنني «خفيفة»، فطلب المزيد من الأدوية ثم قال بهدوء: [لا حاجة لتدوين أي من هذا في الملف]، وهذه هي آخر ذكرىٰ استرجعتها».

في رسائل البريد الإلكتروني التي أرسلَتها نانسي إليّ لاحقًا، كافحت لالتقاط واقع الصدمة الوجودي: «أريد أن أخبرك كيف تبدو الارتدادات الذكروية: كأن الزمن مطوي أو ملفوف، بحيث ينصهر الماضي في الحاضر، كأنني انتقلت جسديًا إلىٰ الماضي؛ إن الرموز المتعلقة بالصدمة الأصلية -حتىٰ لو كانت حميدة في الواقع- صارت ملوَّثَةً تمامًا بالصدمة، وبالتالي تصير الرموزُ أشياءَ يلزم كرهها، أو الخوف منها، أو تدميرها إن أمكن، وتجنبها إن لم يمكن؛ فعلىٰ سبيل المثال، أصبح يُنظر إلىٰ المكواة بشتىٰ أشكالها -مكواة الملابس، أو مكواة تجعيد الشعر، أو حتىٰ المكواة اللعبة- علىٰ أنها أداة تعذيب؛ وكلما أواجه بدلة تعقيمٍ أصاب بالانفصال، والتشوش، وبوعكة جسدية، وأحيانًا بغضب واعٍ.

«زواجي ينهار شيئًا فشيئًا؛ فلقد صرت أنظر لزوجي علىٰ أنه يمثل هؤلاء الأشخاص الضاحكين متحجري القلب [الفريق الجراحي] الذين آذوني. إنني في حالة مزدوجة؛ فبالرغم من هذا الخدر المتغلغل الذي يغطيني تمامًا ويعزلني؛ إلا أن مجرد لمسة من طفل صغير تعيدني ثانية إلىٰ العالم؛ وللحظةٍ أصير حاضرة وجزءًا من الحياة، ولست مجرد مراقِب خارجي».

«من المثير للاهتمام أنني أبلي بلاء حسنًا في العمل، وأتلقىٰ باستمرار تعقيبات إيجابية؛ وهكذا تواصل الحياة سيرها مع حس الزيف هذا.

هناك غرابة، شذوذ في هذا الوجود المزدوج، وقد تعبت من ذلك. ورغم هذا، فليس بمقدوري فقدان الأمل في الحياة، ولا يمكنني أن أخدع نفسي بالاعتقاد بأنني إذا تجاهلت العفريت فسيختفي؛ فلقد ظننت مرَّاتٍ عديدة أنني استرجعت كل الأحداث المتعلقة بالجراحة، وإذ بي أجد حدثًا جديدًا في كل مرة.

«لا تزال هناك شظايا عديدة مجهولة في تلك الـ ٤٥ دقيقة من حياتي، ولا تزال ذكرياتي غير مكتملة و[illegible]ظية، لكنني لم أعد أظن أنني بحاجة إلىٰ علم كل شيء لفهم ما حدث».

«عندما يهدأ خوفي، أدرك أنني أستطيع التعامل مع الأمر، لكن هناك جانبًا مني يشك في أنني أستطيع ذلك؛ فهناك قوة كبيرة تجرني إلىٰ الماضي جرًّا؛ إنه الجانب المظلم من حياتي؛ ويتحتم أن أمكث هناك من حين لآخر. كما قد يكون الصراع وسيلة لمعرفة أنني نجوت؛ كإعادة تشغيل لمعركة البقاء، والتي يبدو أنني فزت فيها، لكنني لا أستطيع الإقرار بذلك».

ثم ظهرت إحدىٰ علامات التعافي المبكرة عندما احتاجت نانسي إلىٰ عملية جراحية أكثر تغلغلًا، فاختارت مستشفىٰ بوسطن لإجراء الجراحة، وطلبَت عقد اجتماع سابقٍ للجراحة مع الجراحين وطبيب التخدير علىٰ وجه التحديد لمناقشة خبرتها السابقة، كما طلبَت السماح لي بالانضمام إليهم في غرفة العمليات. وللمرة الأولىٰ منذ سنوات عديدة، ارتديت بدلة تعقيم جراحية ورافقتها إلىٰ غرفة العمليات أثناء إجراء التخدير، لكن هذه المرة استيقظَت نانسي علىٰ شعور بالأمان.

وبعد ذلك بعامين، كتبتُ إلىٰ نانسي أطلب منها الإذن لاستخدام رواية وعي التخدير الخاصة بها في هذا الفصل؛ وفي ردِّها، أطلعتني علىٰ التقدم المحرَز في تعافيها: «كنت أتمنىٰ أن أقول إن الجراحة التي كنتَ شديد اللطف لمرافقتي

فيها . . . كنت أتمنىٰ أن أقول أنها قضت علىٰ معاناتي، لكن للأسف لم يكن هذا هو الحال. وبعد حوالي ستة أشهر أخرىٰ، اتخذتُ قرارَين أثبتا فيما بعد أنهما كانا قرارين حكيمين: لقد تركت أخصائي العلاج السلوكي المعرفي الذي كنت معه وتوجهت إلىٰ طبيب نفسي متخصص في العلاج النفسي الدينامي[1] والتحقت بأحد صفوف «بيلاتيس»».

«وفي الشهر الأخير من العلاج، سألت طبيبي النفسي لماذا لم يَسْعَ إلىٰ إصلاحي مثلما حاول جميع المعالجين الآخرين لكنهم فشلوا؛ فأخبرني أنه افترض -بالنظر إلىٰ ما كنت قادرة علىٰ تحقيقه مع أطفالي وحياتي المهنية- أن لدي مرونة كافية تمكنني من مداواة نفسي إذا أنشأ هو بيئة مناسبة لي للقيام بذلك. وكان الأمر عبارة عن ساعة أسبوعية والتي صارت ملجأً يمكنني فيه كشف الغموض عما أدىٰ بي إلىٰ هذا التحطم الشديد ثم إعادة بناء حسِّي بنفسي التي كانت كُلًّا متحدًا غير متشظٍ، وهادئة البال غير معذَّبة. من خلال ممارسة «بيلاتيس»، وجدت نواةً جسدية أقوىٰ، بالإضافة إلىٰ مجتمع من النساء اللواتي قدمن عن طيب خاطر القبولَ والدعمَ الاجتماعي الذي كان نائيًا عن حياتي منذ الصدمة. وإن هذا المزيج المتمثل في التعزيز الأساسي -النفسي، والإجتماعي، والمادي- قد قام بخلق حس الأمان الشخصي والإحكام، مما أدىٰ إلىٰ إزاحة ذكرياتي إلىٰ الماضي البعيد، سامحًا للحاضر والمستقبل بالبزوغ.

---

(١) psycodynamic psychotherapy هو نوع من أنواع العلاج الكلامي العميق، يركز علىٰ العمليات اللاواعية لدىٰ المريض والتي تظهر في سلوكه الحالي، ويهدف إلىٰ إنشاء وعي وفهم لدىٰ المريض حول تأثير الماضي علىٰ سلوكيات الحاضر، وكيف أن المشاعر اللاواعية والمشاكل الماضية التي لم تُحل يساهمان في التأثير علىٰ المزاج والسلوكيات الحالية. موقع altibbi.com. (المترجم).

الباب الخامس

سبل التعافي

الفصل الثالث عشر
الشفاء من الصدمة
امتلاك زمام ذاتك

لا أذهب للنفساني لأعرف ما إذا كانت أطواري غريبة
وإنما أذهب كل أسبوع بحثًا عن الإجابة الوحيدة
وحين أتحدث عن العلاج، أعلمُ ما يظنه الناس بك
أنه لا يزيدك إلا أنانية، ويغرقك في حب معالجك
لكن، آه، كيف أحببتُ الناس جميعًا؟
حين تحدثت عن نفسي كثيرًا، أخيرًا

- دار ويليامز Dar Williams، أغنية «ما الذي تسمعه في هذه الأصوات» What Do You Hear In These Sounds

لا أحد يستطيع أن «يعالج» الحرب، أو الإساءة، أو الاغتصاب، أو التحرش، أو أي حدث مروع آخر؛ ففي هذا الصدد: ما حدث لا يمكن محوه. ولكن ما نستطيع التعامل معه هو آثار الصدمة على الجسد، والعقل، والروح: الأحاسيس الساحقة في صدرك التي تسمها بالقلق أو الاكتئاب؛ والخوف من فقدان السيطرة؛ وحالة التأهب للخطر أو الرفض الدائمة؛ وكراهية الذات؛ والكوابيس والارتدادات الذكروية؛ والضباب الذي يعوقك عن ملازمة

المهمة حتىٰ إتمامها ومن الانخراط التام فيما تقوم به؛ وعدم القدرة علىٰ فتح قلبك بالكامل لإنسان آخر.

تحرمك الصدمة من الشعور بأنك مسؤول عن نفسك، ما سأسميه قيادة الذات في الفصول القادمة؛ وبهذا فالتحدي المتمثل في التعافي هو إعادة تأسيس ملكية زمام جسدك، وعقلك - زمام ذاتك؛ وهذا يعني شعورك بالحرية في علم ما تَعْلَمه وأن تشعر وفي الشعور بما تشعر به دون الإصابة بالانسحاق، أو الحنق، أو الخزي، أو الانهيار.

وفي حالة معظم الناس فذلك يتضمن:

١) عثورك علىٰ وسيلة للوصول إلىٰ الهدوء والتركيز.

٢) تعلم الحفاظ علىٰ هذا الهدوء أثناء استجابتك للصور، أو الأفكار، أو الأصوات، أو الأحاسيس الجسدية التي تذكرك بالماضي.

٣) العثور علىٰ وسيلة توصلك إلىٰ المحيا التام في الحاضر والتفاعل مع من حولك من الأشخاص.

٤) عدم الاضطرار إلىٰ إخفاء الأسرار عن نفسك، بما في ذلك أسرار الطرق التي تمكنت بها من النجاة.

إن هذه الأهداف ليست خطوات يجب تحقيقها، واحدة تلو الأخرىٰ، في تسلسل ثابت؛ وإنما هي متداخلة ومتشابكة، وقد يكون بعضها أشد صعوبة من الآخر، بناء علىٰ الظروف الفردية. وفي كل فصل من الفصول التالية، سأتحدث عن طرق أو مقاربات محددة لإنجاز هذه الأمور، كما سعيت إلىٰ أن تقدم هذه الفصولُ نفعًا لكل من الناجين من الصدمات والمعالجين القائمين علىٰ علاجهم؛ كما أن من يعانون من اكتراب مؤقت سيجدونها مفيدة أيضًا. ومن الجدير بالذكر أنني قد استخدمت كل أسلوب من هذه الأساليب علىٰ نطاق واسع في علاج مرضاي، ولقد اختبرتهم شخصيًّا كذلك. ولقد وجدنا أن بعض الناس يتحسنون باستخدام أسلوب واحد فحسب من هذه الأساليب، ولكن معظم الناس يكونون بحاجة إلىٰ مقاربات مختلفة في المراحل المختلفة من تعافيهم.

ثم إنني قد أجريت دراسات علمية للعديد من العلاجات التي أصفها هنا ونشرت نتائج البحث في المجلات العلمية التي يراجعها الأقران٢، وهدفي في هذا الفصل هو تقديم نظرة عامة علىٰ المبادئ الأساسية، واستعراض تمهيدي لما سيأتي لاحقًا، وبعض تعليقات موجزة علىٰ الأساليب التي لا أغطيها بالتفصيل لاحقًا.

محور جديد للتعافي

عندما نتحدث عن الصدمة، فغالبًا ما نبدأ بقصة أو سؤال: «ماذا حدث أثناء الحرب؟»، أو «هل تعرضت للتحرش من قَبل؟»، أو «دعني أخبرك عن ذلك الحادث أو ذلك الاغتصاب»، أو «هل كان هناك أحد في عائلتك يشرب الكحول بدرجة تؤدي إلىٰ حدوث المشاكل؟» ورغم ذلك، فالصدمة هي أمر أكبر بكثيرٍ من مجرد قصة أمر حدث منذ زمن بعيد؛ إذ أن العواطف والأحاسيس الجسدية التي طُبعَت أثناء الصدمة لا تُختبَر كذكريات وإنما كردود فعل جسدية جالبة للاضطراب في الحاضر.

وكي تستعيد السيطرة علىٰ ذاتك فأنت بحاجة إلىٰ إعادة زيارة الصدمة: فسيتوجب عليك عاجلًا أم آجلًا مواجهة ما حدث لك، ولكن ذلك بعد شعورك بالأمان كيلا تنصدم مجددًا. وأول بند في قائمة الأعمال هو العثور علىٰ طرق للتعامل مع الشعور بالانسحاق من الأحاسيس والعواطف المرتبطة بالماضي.

وكما أظهرت الأبواب السابقة من هذا الكتاب، فإن محركات ردود الفعل التالية للصدمة تقع في الدماغ الانفعالي؛ وعلىٰ النقيض من الدماغ العقلاني الذي يعبر عن نفسه في هيئة أفكار، فالدماغ الانفعالي يتجلىٰ في ردود الفعل الجسدية: الأحاسيس المفتتة للأكباد، ومشاعر انفطار القلب، وخفقان القلب، وسرعة التنفس وضحالته، والتحدث بصوت متوتر هزيل، وحركات الجسم المميزة التي تدل علىٰ الانهيار، أو الصَّمْل[1]، أو الحنق، أو الدفاعية.

---

(١) rigidity: القساوة أو فقدان المرونة. (ح).

لماذا لا نستطيع أن نكون عقلانيين ببساطة؟ وهل يمكن أن يكون التفهم ذا فائدة؟ رغم أن الدماغ التنفيذي العقلاني ماهر في مساعدتنا علىٰ فهم منبع مشاعرنا (كما في: «ينتابني الخوف حين أقترب من رجل لأن والدي تحرش بي» أو «ألاقي صعوبة في التعبير عن حبي لابني لأنني أشعر بالذنب لقتلي طفلًا بالعراق»)؛ إلا أنه لا يستطيع ملاشاة الانفعالات، أو الأحاسيس، أو الأفكار (كالتعايش مع مستوىٰ منخفض من حس التهديد، أو الشعور بأنك شخص شنيع كليًّا، علىٰ الرغم من أنك تعلم من الناحية العقلانية أنك لست مسؤولًا عن تعرضك للاغتصاب). إن تفهمك سبب وجود شعور معين لديك لا يغير ما تشعر به، ولكنه يمكن أن يمنعك من الاستسلام لردود الفعل الشديدة (علىٰ سبيل المثال، الاعتداء علىٰ رب عمل يذكرك بالجاني، أو الانفصال عن حبيب عند أول خلاف بينكما، أو القفز في أحضان شخص غريب). ومع ذلك، فكلما اشتد الإرهاق الذي نشعر به، زاد تقهقر دماغنا العقلاني عن قيادة انفعالاتنا٣.

العلاج بالجهاز الحوفي

إن المشكلة الأساسية في الشفاء من الكرب الصدمي هي استعادة التوازن القويم بين الدماغين العقلاني والانفعالي، بحيث تقتدر علىٰ الشعور بأن بيدك التحكم في كيفية استجابتك وكيفية إدارة حياتك؛ إذ حين تنتابنا حالات فرط التيقظ أو نقصه، تتم تنحيتنا عن «نافذة الإطاقة[1]»؛ التي هي نطاق الوظيفية المثلىٰ٤؛ فتصبح سلوكياتنا عبارة عن ردود فعل، ونُصاب باختلال التنظيم؛ وتتعطل فلاترنا: نتوعك من الأصوات والأضواء، وتندفع صور الماضي الكريهة مقتحمة أذهاننا، فنصاب بالهلع أو نوبات الحنق؛ وإذا انطفأنا، نشعر بالخدر في الجسد والعقل؛ فنصاب بركود التفكير ونلاقي صعوبة في النهوض من مقاعدنا.

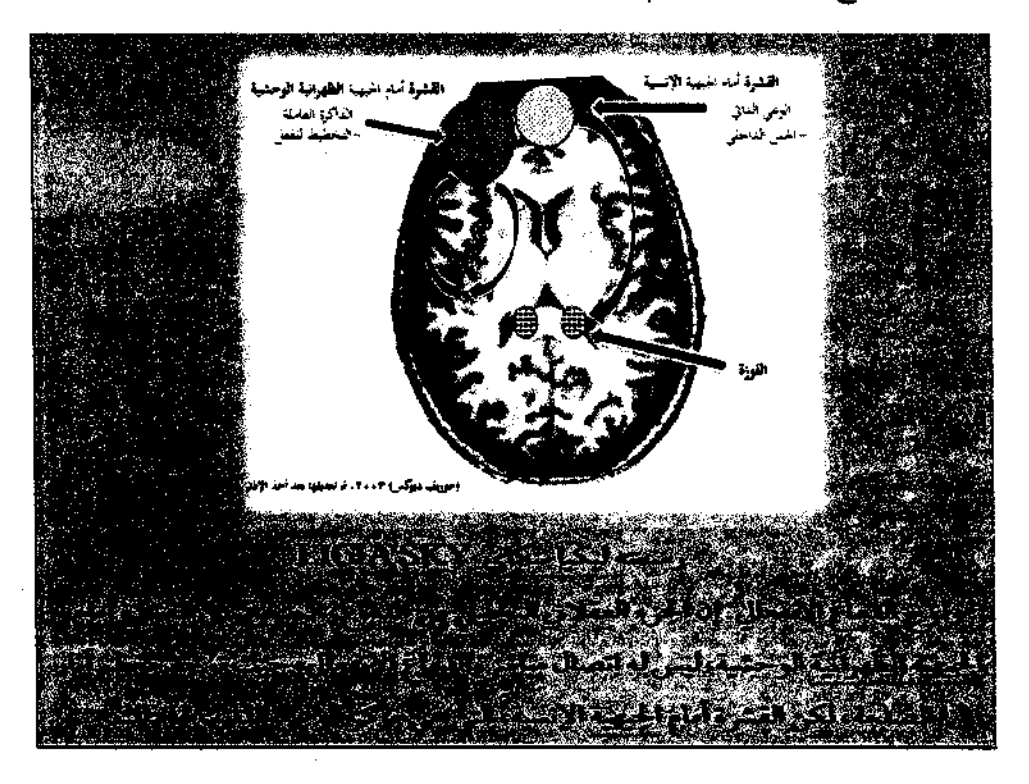
وليس بمقدور الناس أن يتعلموا من الخبرة طالما أنهم في حالة فرط تيقظ أو انطفاء، وحتىٰ لو تمكنوا من الإبقاء علىٰ السيطرة، فإنهم يصيرون في حالة

---

(1) window of tolerance.

توتر شديد «(مدمنو الكحول المجهولون»[1] يسمون هذا الأمرَ «النقاهة المتوترة»[2])
بحيث يكونون متصلبي الذهن، وعنيدين، ومكتئبين. ويتضمن التعافي من الصدمة استعادة الوظيفية التنفيذية، إلىٰ جانب الثقة بالنفس والقدرة علىٰ المرح والإبداع.

إذا أردنا تغيير ردود الفعل التالية للصدمة، فعلينا ولوج الدماغ الانفعالي والقيام بـ «العلاج بالجهاز الحوفي»: وهو إصلاح أجهزة الإنذار الضالة وإعادة الدماغ الانفعالي إلىٰ وظيفته العادية المتمثلة في كونه أمرًا هادئ الحضور في الخلفية يعتني بالتدبير المنزلي للجسم؛ وذلك بحرصه علىٰ أكلك، ونومك، وتواصلك مع الشريك الحميم، وحمايتك لأطفالك، ودفعك الخطر عن نفسك.



---

(١) مدمنو الخمر المجهولون (AA):Alcoholics Anonymous هي وسيلة للعلاج الجماعي لمدمني الكحول، بدأت في عام ١٩٣٥، وتتم بالتعاون مع المدمنين السابقين، ودون إفصاح عن هوية أفراد المجموعة العلاجية لتشجيع الانضمام إليها. (ص).

(2) white-knuckle sobriety.

لقد أوضح عالم الأعصاب جوزيف لودو وزملاؤه أن الطريقة الوحيدة التي تمكننا من ولوج الدماغ الانفعالي ولوجًا واعيًا هي بواسطة الوعي الذاتي، أي بتنشيط القشرة أمام الجبهية الإنسية، وهي الجزء الدماغي المنوط بملاحظة ما يعتمل بداخلنا وبالتالي يتيح لنا الشعور بما نشعر به٥ (المصطلح الفني لهذا الأمر هو «الحِسُّ الداخِلِيّ» interoception - وهي كلمة لاتينية تعني «النظر إلىٰ الداخل»). إن القسط الأعظم من الدماغ الواعي مكرس للتركيز علىٰ العالم الخارجي: التماشي مع الآخرين ووضع الخطط المستقبلية؛ لكنه لا يساعدنا في تدبير شئون أنفسنا؛ إذ تُظهر أبحاث علم الأعصاب أن الطريقة الوحيدة التي نستطيع بها تغيير شعورنا هي بأن نصير علىٰ وعي بخبرتنا الداخلية وأن نتعلم مصادقة مع ما يجري داخل أنفسنا.

مصادقة الدماغ الانفعالي

١- التعامل مع فرط التيقظ

علىٰ مدىٰ العقود القليلة الماضية، كان تركيز الطب النفسي السائد منصبًّا علىٰ استخدام العقاقير لتغيير ما نشعر به، وقد صارت هذه هي الطريقة المقبولة للتعامل مع فرط التيقظ ونقصه، وسأناقش العقاقير لاحقًا في هذا الفصل، لكنني أحتاج أولًا إلىٰ التأكيد علىٰ حقيقة أن لدينا مجموعة من المهارات الداخلية للحفاظ علىٰ توازننا. لقد رأينا في الفصل الخامس كيف يتم تدوين الانفعالات في الجسد؛ إن حوالي ٨٠ في المائة من ألياف العصب المبهم (الذي يربط الدماغ بالعديد من الأعضاء الداخلية) هي ألياف واردة؛ أي أنها تسير من الجسم إلىٰ الدماغ٦، وهذا يعني أننا نستطيع مباشرةً تدريب نظام تيقظنا بواسطة الكيفية التي نتنفس بها، ونترنم، ونتحرك؛ وهذا مبدأ قيد الاستخدام منذ زمن بعيد في بعض المناطق مثل الصين والهند، وفي كل ممارسة دينية أعرفها، ولكنه يَلقىٰ نظرة ارتيابية في الثقافة السائدة بصفته أسلوبًا «بديلًا».

في بحث مدعوم من «المعاهد الوطنية للصحة»، أظهرتُ أنا وزملائي أن عشرة أسابيع من ممارسة اليوجا قللت بشكل ملحوظ من أعراض اضطراب

الكرب التالي للصدمة لدىٰ المرضىٰ الذين فشلوا في الاستجابة لأي دواء أو لأي علاج آخر٧ (سوف أناقش اليوغا في الفصل السادس عشر)؛ كما يمكن أن يكون «الارتجاع العصبي» -وهو موضوع الفصل التاسع عشر- فعالًا بشكل خاص للأطفال والراشدين الذين يعانون من الانطفاء أو فرط التيقظ بحيث يلاقون صعوبة في التركيز وتحديد الأولويات٨.

إن تعلم كيفية التنفس بهدوء والبقاء في حالة من الاسترخاء الجسدي النسبي -حتىٰ أثناء ولوج الذكريات المؤلمة والمروعة- هو أداة ضرورية للتعافي٩؛ إذ حين تتعمد القيام ببضعة تنفسات عميقة وبطيئة، ستلاحظ تأثير الفرامل اللاوُدّية علىٰ تيقظك (كما هو موضح في الفصل الخامس)، وكلما ظل تركيزك منصبًّا علىٰ تنفسك، زاد انتفاعك، خاصة إذا بقيت منتبهًا حتىٰ أقصىٰ نهاية للزفير ثم انتظرت هنيهة قبل الشهيق مرة أخرىٰ. وبمواصلة التنفس وملاحظة الهواء وهو يدخل رئتيك ويخرج منهما، ستستشعر بالدور الذي يلعبه الأكسجين في تغذية جسمك وإرواء أنسجتك بالطاقة التي تحتاجها لتشعر بالمحيا والانخراط؛ ويقوم الفصل السادس عشر بتوثيق ما لهذه الممارسة البسيطة من تأثيرات علىٰ الجسم بأكمله.

نظرًا لأن التنظيم الانفعالي هو القضية الحاسمة في إدارة آثار الصدمة والإهمال، فإنه سيحدث فرقًا هائلًا إذا تم تعليم المدرسين، ورقباء الجيش، والمتبنّين، وأخصائيي الصحة النفسية فَنّيّاتِ التنظيم الانفعالي تعليمًا شموليًّا. وفي الوقت الراهن، فلا يزال هذا هو الميدان الأساسي لمُدَرِّسي مرحلة ما قبل المدرسة ورياض الأطفال، الذين يتعاملون يوميًّا مع الأدمغة غير الناضجة والسلوك الاندفاعي والذين غالبًا ما يكونون بارعين جدًّا في إدارتها١٠.

إن تقاليد العلاج النفساني والنفسي الغربية السائدة قد أَوْلَت اهتمامًا ضئيلًا للإدارة الذاتية، وعلىٰ عكس الاعتماد الغربي علىٰ الأدوية والعلاجات اللفظية، فالتقاليد الأخرىٰ في جميع أنحاء العالم معتمدة علىٰ اليقظة الذهنية، والحركة، والإيقاعات، والفعل؛ فاليوغا في الهند، والتاي تشي والكيغونغ في الصين، والتطبيل الإيقاعي في جميع أنحاء أفريقيا، كل تلك الأمور هي مجرد أمثلة قليلة فحسب؛ ولقد أنتجت ثقافتا اليابان وشبه الجزيرة الكورية الفنونَ القتالية

martial arts، التي تركز علىٰ استنبات الحركة الهادفة والرسوخ في الحاضر، وهما القدرتين المعطوبتين عند الأفراد المصدومين؛ ومن الأمثلة الأخرىٰ علىٰ ذلك الأيكيدو والجودو، والتايكوندو، والكيندو، والجوجيتسو، وكذلك الكابويرا من البرازيل؛ وكل هذه الفنيات منطوية علىٰ الحركة الجسدية، والتنفس، والتأمل. وبصرف النظر عن اليوجا، فقد تمت دراسة عدد قليل من هذه التقاليد العلاجية الشعبية غير الغربية بشكل منهجي لعلاج اضطراب الكرب التالي للصدمة.

٢- لا ذِهن دون يقظة ذهنية

الوعي الذاتي هو جوهر التعافي، فأهم العبارات في علاج الصدمات هي «لاحظ ذلك» و«ماذا يحدث بعد ذلك؟» لكن المصدومين يعيشون مع أحاسيس تبدو لهم لا تطاق؛ إذ يشعرون بانفطار القلب أو ضيق الصدر ويعانون من أحاسيس لا تُحتَمل في بطنهم؛ لكن تجنب الشعور بهذه الأحاسيس في أجسادنا يزيد من قابليتنا للانسحاق تحت وطأتها.

يجعلنا الوعي الجسدي علىٰ اتصال بعالمنا الداخلي، حيث نشاهد منظر الجسم الحي الذي نتألف منه؛ وإن مجرد ملاحظتنا لانزعاجنا، أو نرفزتنا، أو قلقنا يساعدنا فورًا علىٰ تغيير منظورنا ويفتح أمامنا خيارات جديدة بدلًا من ردود فعلنا التلقائية المعتادة. كما تجعلنا اليقظة الذهنية علىٰ اتصال بالطبيعة المؤقتة لمشاعرنا وإدراكاتنا؛ فحين نركز انتباهنا علىٰ أحاسيسنا الجسدية، يصير بمقدورنا تمييز المد والجزر في انفعالاتنا، وبهذا نستطيع زيادة سيطرتنا عليها.

غالبًا ما يكون المصدومون خائفين من الشعور، فالعدو الآن ليس الجُناة (الذين -كما نأمل- لم يعودوا موجودين حولهم لإيذائهم) وإنما هو أحاسيسهم الجسدية؛ ولكن خشية المرء من استيلاء الأحاسيس المكربة عليه يُبقي الجسم متجمدًا والعقل منطفئًا. ورغم أن الصدمة هي أمر من الماضي، إلا أن الدماغ الانفعالي يواصل توليد الأحاسيس التي تُشعر المُكابد بالخوف والعجز، وليس من المستغرب أن الكثير من الناجين من الصدمات يأكلون ويشربون الكحول علىٰ

نحو قهري، ويخشون المجامعة، ويتجنبون العديد من الأنشطة الاجتماعية: فلقد تم حظر جزء كبير من عالمهم الحسي.

فلكي تتغير يتوجب عليك أولًا أن تنفتح علىٰ خبرتك الداخلية، وتتمثل الخطوة الأولىٰ في السماح لعقلك بالتركيز علىٰ أحاسيسك وملاحظة أن الأحاسيس الجسدية مؤقتة وتستجيب للتبدلات الطفيفة في وضعية الجسم، والتغيرات في التنفس والتحولات في التفكير، علىٰ عكس خبرة الصدمة المتسمة بالخلود ودوام الحضور؛ وبمجرد انتباهك إلىٰ أحاسيسك الجسدية، تكون الخطوة التالية هي تصنيفها، كما في حالة «حين أشعر بالقلق، أشعر بإحساس سحق في صدري»، فأقول للمريض: «ركز علىٰ هذا الإحساس وشاهد كيف يتغير حين تقوم بشهيق عميق يعقبه زفير، أو حين تنقر علىٰ صدرك أسفل عظم الترقوة مباشرة، أو حين تسمح لنفسك بالبكاء». إن ممارسة اليقظة الذهنية تهدئ الجهاز العصبي الودي، بحيث يصير المرء أقل عرضة للسقوط في وضع القتال أو الفرار؛ كما يعد تعلم ملاحظة ردود فعلك الجسدية وإطاقتها شرطًا أساسيًّا لمعاودة زيارة الماضي في أمان، فإذا كنت عاجزًا عن إطاقة ما تشعر به الآن، فلن يؤدي فتح الماضي إلا إلىٰ تفاقم البؤس وإصابتك بصدمة أخرىٰ١٢.

بمقدورنا أن نطيق قدرًا كبيرًا من الانزعاج ما دمنا واعين بحقيقة أن هزهزات الجسد متسمة بالتغير المستمر؛ ففي إحدىٰ اللحظات يضيق صدرك، ولكن بعد أن تقوم بشهيق عميق وتخرج زفيرًا، تخف وطأة هذا الشعور وربما تلاحظ أمرًا آخر، توترًا ما في كتفك غالبًا، فيكون الآن بمقدورك أن تبدأ في استكشاف ما يحدث عندما تقوم بشهيق أعمق وتلاحظ تمدد قفصك الصدري١٣، وبمجرد أن تشعر بمزيد من الهدوء والفضول، يمكنك العودة إلىٰ هذا الإحساس الذي في كتفك، وينبغي ألا تتفاجأ إذا ظهرت لك ذكرىٰ ما من تلقاء نفسها، كان هذا الكتف مشاركًا فيها بطريقة ما.

ثم هناك خطوة أخرىٰ، وهي مراقبة التفاعل بين أفكارك وأحاسيسك الجسدية: كيف تم تدوين أفكار معينة في جسدك؟ (هل تؤدي أفكار مثل «أبي يحبني» أو «لقد تخلت عني خليلتي» إلىٰ إنتاج أحاسيس مختلفة؟) إن وعيك بكيف

ينظم جسدك انفعالات أو ذكريات معينة يفتح إمكانية إطلاق الأحاسيس والاندفاعات التي حجبتها سابقًا من أجل النجاة١٤. وفي الفصل العشرين، الذي يدور موضوعه حول فوائد المسرح، سأصف بمزيد من التفصيل آلية عمل هذا الأمر.

قام جون كابات زين Jon Kabat-Zinn -وهو أحد رواد طب العقل والجسم- بتأسيس «البرنامج القائم علىٰ اليقظة الذهنية لتخفيف الكرب[1]» في «مركز جامعة ماساتشوستس الطبي[2]» عام ١٩٧٩م، وقد تمت دراسة أسلوبه دراسة وافية لأكثر من ثلاثة عقود؛ وكما يصف هو اليقظة الذهنية: «إن إحدىٰ طرق التفكير في عملية التحول هذه تتمثل في اعتبار أن اليقظة عَدَسَة، تأخذ طاقات عقلك المبعثرة والمتفاعلة ثم تقوم بتركيزها في مصدر طاقة متماسك من أجل العيش، ومن أجل حل المشكلات، ومن أجل الشفاء»١٥.

لقد ثبت أن اليقظة الذهنية لها تأثير إيجابي علىٰ العديد من الأعراض النفسانية والنفسية الجسمية (السيكوسوماتية) والمتعلقة بالكرب، بما في ذلك الاكتئاب والألم المزمن١٦؛ كما أن لها تأثيرات واسعة علىٰ الصحة الجسدية، بما في ذلك تحسين الاستجابة المناعية، وضغط الدم، ومستويات الكورتيزول١٧؛ كما ثبت أنها تنشط المناطق الدماغية المنوطة بالتنظيم الانفعالي١٨ وتؤدي إلىٰ تغييرات في المناطق المتعلقة بالخوف والوعي بالجسم١٩. وفي بحث أجرته زميلتاي بهارفارد بريتا هولزيل Britta Hölzel وسارة لازار Sara Lazar، ظهر أن ممارسة اليقظة تقلل حتىٰ من نشاط كاشف دخان الدماغ، اللوزة، وبالتالي تقلل من تفاعلية المرء تجاه الموقدات المحتملة٢٠.

٣- العلاقات

تُظهر الدراسات المتتالية أن امتلاك شبكة دعم جيدة يشكل أقصىٰ وقاية من الإصابة بالصدمات؛ إذ أن الأمان والرعب أمران متضاربان، فحين نشعر

---

(1) Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR).

(2) University of Massachusetts Medical Center.

بالرعب، فلا شيء يهدئ من روعنا مثل صوت مُطَمئِن قادم من شخص نثق به أو احتضان ضامٍّ منه؛ وكذلك يستجيب الراشدون الخائفون لنفس وسائل الإراحة التي يستجيب لها الأطفال المرعوبون: الحمل اللطيف، والهزهزة الرقيقة، والتأكيد علىٰ أن شخصًا أكبر وأقوىٰ يعتني بالأمور، حتىٰ تتمكن من الخلود للنوم في أمان. فلكي تتعافىٰ، يجب إقناع العقل، والجسم، والدماغ بأن الوضع آمن لبدء التخلي، ولا يحدث هذا إلا حين تشعر بالأمان علىٰ المستوىٰ الحشوي وتسمح لنفسك بربط حس الأمان هذا بذكريات عجز الماضي.

بعد التعرض لصدمة حادة -كاعتداء، أو حادث، أو كارثة طبيعية-، يحتاج الناجون إلىٰ وجود أشخاص، ووجوه، وأصوات مألوفة؛ وإلىٰ اتصال جسدي؛ وإلىٰ غذاء؛ وإلىٰ ملجأ ومكان آمن؛ وإلىٰ وقت للنوم؛ كما يكون من المهم للغاية أن يتواصلوا مع الأحباب القريبين والبعيدين وأن يلتحقوا -في أقرب وقت ممكن- بشمل الأسرة والأصدقاء في مكان يُشعِر بالأمان. إن روابط التعلق لدينا لهي أكبر حماية لنا من التهديد؛ فعلىٰ سبيل المثال: إن الأطفال الذين انفصلوا عن والديهم عقب حدث صدمي غالبًا ما يعانون من آثار سلبية خطيرة علىٰ المدىٰ الطويل، فلقد أظهرت الدراسات التي أجريت خلال الحرب العالمية الثانية في إنجلترا أن الأطفال الذين كانوا يعيشون في لندن أثناء الحرب الخاطفة (The Blitz) وجرىٰ إرسالهم بعيدًا إلىٰ الريف لحمايتهم من غارات القصف الألمان، أظهرت الدراسات أن حالهم كان أسوأ بكثير من الأطفال الذين بقوا مع والديهم وكابدوا قضاء الليالي داخل ملاجئ الوقاية من القنابل ورؤية المشاهد المخيفة للمباني المتدمرة والقتلىٰ[٢١].

يتعافىٰ البشر المصدومون داخل سياق العلاقات: مع العائلات، أو الأحباء، أو اجتماعات «مدمنو الكحول المجهولون»، أو منظمات المحاربين القدامىٰ، أو المجتمعات الدينية، أو المعالجين المختصين؛ ويتمثل دور هذه العلاقات في توفير الأمان الجسدي والوجداني، بما في ذلك الأمان من الشعور بالخزي، أو التأنيب، أو الأحكام، وتعزيز الشجاعة لإطاقة واقع ما حدث، ومواجهته، ومعالجته.

وكما رأينا سابقًا، فكثير من دوائر دماغنا مكرسة للتناغم مع الآخرين، وينطوي التعافي من الصدمة على (معاودة) التواصل مع إخواننا البشر؛ وهذا هو السبب في أن الصدمة التي حدثت داخل العلاقات يصعب علاجها في العموم أكثر من الصدمة الناجمة عن الحوادث المرورية أو الكوارث الطبيعية. ومما يدعو للأسف أن الصدمات الأكثر شيوعًا لدى النساء والأطفال في مجتمعنا تحدث على أيدي أبويهم أو شركائهم الحميمين؛ فإساءة معاملة الطفل، والتحرش، والعنف المنزلي، كل هذه الأمور يرتكبها أشخاص من المفترض أن يحبوك؛ وهذا يقضي على أهم وقاية من الإصابة بالصدمات: أن يؤويك المحبوبون.

إذا كان الأشخاص الذين تلجأ إليهم بالفطرة للحصول على الرعاية والحماية يلاقونك بالإرهاب أو الرفض، فحينئذ تتعلم الانطفاء وتجاهل ما تشعر به٢٢؛ وكما رأينا في الباب الثالث، فحينما ينقلب مقدمو الرعاية عليك، تضطر إلى إيجاد طرق بديلة للتعامل مع الشعور بالخوف، أو الغضب، أو الإحباط؛ لكن إدارة رعبك بنفسك تؤدي إلى ظهور مجموعة أخرى من المشاكل: التفارق، والقنوط، والإدمان، وحس الهلع المزمن، وإلى العلاقات المتسمة بالغربة والانفصال، والثورات الانفجارية. لكن المرضى الذين لديهم هذه التواريخ نادرًا ما ينتبهون للرابط بين ما حدث لهم منذ زمن بعيد وبين ما مشاعرهم وسلوكياتهم في الوقت الراهن؛ وإنما يبدو كل شيء غير قابل للإدارة فحسب.

ولا تأتي الراحة إلا بعد أن يتمكنوا من الاعتراف بما حدث وتمييز الشياطين الخفية التي يتصارعون معها؛ فلتتذكر -على سبيل المثال- الرجال الذين وصفتهم في الفصل الحادي عشر الذين انتهكهم الكهنة مشتهو الأطفال[1]: لقد كانوا يزورون صالة الجيم بانتظام، ويتناولون الستيرويدات الابتنائية، كما كانوا

---

(١) إشتهاء الأطفال (البيدوفيليا) Pedophilia، هو اضطراب نفسي يصيب من بلغوا ١٦ سنة فأكثر، ويتميّز بالانجذاب والميول الجنسي للأطفال من كلا الجنسين أو أحدهما؛ وغالبًا للأطفال من سن ٧ إلى سن ١٣ سنة، بحيث يكون فرق العمر بين المضطرب والطفل لا يقل عن ٥ سنين. موقع «ناسا بالعربي» /https//:nasainarabic.net (المترجم).

متسمين بقوة جسدية هائلة؛ ورغم ذلك، فغالبًا ما كانوا يتصرفون خلال مقابلاتنا كأطفال خائفين؛ فالصبي الجريح الساكن في أعماقهم لا يزال شاعرًا بالعجز.

رغم أن الاتصال والتناغم البشريَّيْن هما منبع التنظيم الذاتي الفسيولوجي، إلا أن الوعد بالتقارب غالبًا ما يثير الخوف من التعرض للأذىٰ، والخيانة، والهجر؛ ويلعب الخزي دورًا هامًا في هذا الأمر: «سوف تكتشف مدىٰ اهترائي وإثارتي للاشمئزاز وتتركني بمجرد أن تعرفني حق المعرفة». وبهذا فالصدمة العالقة يمكن أن تلحق خسائر فادحة في العلاقات؛ فإذا كان قلبك لا يزال منفطرًا لأن شخصًا تحبه اعتدىٰ عليك، فغالبًا ما تظل مشغول البال بعدم التعرض للأذىٰ مرة أخرىٰ وخائفًا من فتح قلبك لشخص جديد؛ بل في الواقع قد تحاول -دون وعي- أن تؤذيهم قبل أن تتاح لهم فرصة إيذائك.

وهذا يشكّل تحديًا كبيرًا للتعافي؛ وبمجرد أن تميز أن ردود فعلك التالية للصدمة قد بدأت كمجهودات لإنقاذ حياتك، فقد تستجمع الشجاعة لمواجهة موسيقاك (أو أصوات النشاز) الداخلية، لكنك ستحتاج إلىٰ عون للقيام بذلك؛ لذا عليك أن تجد شخصًا تثق به بما يكفي لمرافقتك، شخصًا تأمن أن يحمل مشاعرك ويساعدك علىٰ الإنصات للرسائل المؤلمة المنبعثة من دماغك الانفعالي؛ أنت بحاجة إلىٰ مرشد لا يخاف من رعبك ويمكنه احتواء أحلك مشاعر حنقك، شخص يستطيع حماية شموليتك أثناء استكشافك الخبرات المتشظية التي اضطررت إلىٰ مواصلة إسرارها عن نفسك لفترة طويلة. وبهذا يحتاج معظم المصدومين إلىٰ مُرتكَز تثبيتٍ إلىٰ جانب قدر كبير من التدريب للقيام بهذا العمل.

٤- اختيار معالج متخصص

إن تدريب أخصائيين أكفاء لعلاج الصدمات يتضمن تمييزَ آثار الصدمة، والانتهاك، والإهمال؛ وإتقان مجموعة متنوعة من الفنيات التي يمكن أن تساعد في:

١) استقرار المرضىٰ وتهدئتهم.

٢) المساعدة في دفن الذكريات الصدمية وإعادات التمثيل.

٣) إعادة اتصال المرضىٰ بإخوانهم البشر رجالًا ونساء.

وفي الأوضاع المثالية، سيكون المعالج سبق أن تلقىٰ هو أيضًا أي أسلوب علاجي يمارسه.

رغم أنه من غير الصائب ومن غير الأخلاقي أن يخبرك المعالجون بتفاصيل صراعاتهم الشخصية، إلا أن من المبرر تمامًا أن تسأل عن الأساليب العلاجية المعينة التي تدربوا عليها، وأين تعلموا مهاراتهم، وما إذا كانوا قد انتفعوا شخصيًا من الأسلوب العلاجي الذي يقترحونه عليك.

لا يوجد «علاج أمثل» للصدمة، وأي معالج يعتقد أن طريقته الخاصة هي الحل الوحيد لمشاكلك = يُشَكّ في كونه صاحب أيديولوجية وليس شخصًا حريصًا علىٰ تحسنك. كما يستحيل علىٰ أي معالج أن يكون مطّلعًا علىٰ كافة العلاجات الناجعة، لذا يجب أن يكون منفتح الذهن تجاه خيارات الاستكشاف التي لديك المختلفة عن الخيارات التي يقدمها؛ كما يجب أن يكون منفتح الذهن بشأن التعلم منك. كما أن الجنس، والعرق، والخلفية الشخصية، كل ذلك ليس ذا صلة إلا إذا كان يعرقل مساعدة المريض علىٰ الشعور بأنه آمن ومفهوم.

هل تشعر بالارتياح في الأساس مع هذا المعالج؟ هل يبدو أنه يَشعر بالارتياح تجاه نفسه وتجاهك باعتبارك أخيه الإنسان؟ إن الشعور بالأمان شرطٌ ضروري لمجابهة مخاوفك ومقلقاتك، ولذلك فالشخص المتسم بالصرامة، أو إصدار الأحكام، أو الاهتياج، أو غلظة القلب من المرجح أن يشعرك بالخوف، والهجر، والإهانة، وهذا لن يساعدك علىٰ الشفاء من كربك الصدمي. كما قد تكون هناك أوقات تتأجج فيها مشاعر قديمة من الماضي، حين تشك في أن المعالج يشبه شخصًا آذاك أو أساء إليك سابقًا، وهذا أمر آمل أن تستطيعا العمل سويًا عليه، لأن المرضىٰ -من خبرتي- لا يتحسنون إلا إذا نشأت لديهم مشاعر إيجابية عميقة تجاه معالجيهم؛ كما أظن أيضًا أنه ليس بمقدورك النمو والتغير إلا إذا شعرت أن لديك بعض التأثير علىٰ الشخص الذي يعالجك.

فالسؤال الحاسم هو: هل تشعر أن معالجك لديه فضول لسبر أغوار من أنت وما الذي تحتاجه أنت، لا ما يحتاجه «مريض اضطراب الكرب التالي للصدمة»؟ هل أنت مجرد قائمة أعراض في بعض الاستبيانات التشخيصية، أم أن معالجك يستغرق الوقت الكافي لمعرفة سبب فعلك ما تفعله وتفكيرك فيما تفكر فيه؟ فالعلاج عملية تعاونية؛ إنه استكشاف متبادَل لذاتك.

إن المرضىٰ الذين لاقوا في طفولتهم معاملة وحشية من مقدمي الرعاية لا يشعرون بالأمان مع أي شخص في الغالب؛ وغالبًا ما أسأل مرضاي عما إذا كان بإمكانهم التفكير في أي شخص شعروا معه بالأمان أثناء ترعرعهم، فيستمسك الكثير منهم بذكرىٰ ذلك المعلم، أو الجار، أو صاحب المتجر، أو المدرب، أو القِسِّيس الذي أظهر الاكتراث، وغالبًا ما تكون تلك الذكرىٰ هي بذرة تعلم إعادة المشاركة. نحن كائنات مفعمة بالأمل، والتعامل مع الصدمة متعلق بتذكر كيف نجونا بقدر ما هو متعلق بما انكسر.

كما أطلب من مرضاي أن يتخيلوا حالهم حين كانوا وِلْدانًا -ما إذا كانوا مثيرين للحب ومفعمين بالجسارة؛ وأجد جميعهم مؤمنين بأنهم كانوا كذلك، بل أجد لديهم تصورًا عن الحال الذي يتحتم أن كانوا عليه قبل أن يصيبهم القرح.

لكن بعض الناس لا يتذكرون أي شخص شعروا معه بالأمان، وربما يكون التعامل مع الخيول أو الكلاب بالنسبة لهم أكثر أمانًا من التعامل مع البشر، لذا يتم تطبيق هذا المبدأ حاليًا في العديد من الأوساط العلاجية محققًا نتائج طيبة، بما في ذلك السجون، وبرامج العلاج الإقامي، وإعادة تأهيل المحاربين القدامىٰ. ولقد كانت جينيفر Jennifer عضوة بدفعة التخرج الأولىٰ في «مركز ڤان در كولك» ٢٣، وكانت قد جاءت إلىٰ البرنامج فتاةً صموتة خارجة عن السيطرة في الرابعة عشر من عمرها؛ ثم صرحت أثناء حفل تخرجها أن تكليفها بمسؤولية رعاية الحصان كان الخطوة الأولىٰ الحاسمة بالنسبة لها؛ إذ أن علاقتها المتنامية مع حصانها ساعدتها علىٰ الشعور بالأمان الكافي للبدء في التواصل مع موظفي

المركز ومن ثم التركيز على مقرراتها الدراسية، وخوض اختبارات الـ «سات[1]»، وقبولها في الكلية٢٤.

٥- الإيقاعات الجماعية والتزامن

منذ لحظة ولادتنا، تتجسد علاقاتنا في الوجوه، والإيماءات، واللمسات الاستجابية، فكما رأينا في الفصل السابع، فهذه هي أسس التعلق. ثم تؤدي الصدمة إلى انهيار هذا التزامن الجسدي المتناغم: فإذا دخلت غرفة الانتظار لإحدى عيادات اضطراب الكرب التالي للصدمة، فستستطيع تلقائيًا التفرقة بين المرضى والموظفين من خلال وجوههم المتجمدة وأجسادهم المنهارة (ولكن المهتاجة في نفس الوقت)؛ وللأسف، يتجاهل العديد من المعالجين تلك التواصلات الجسدية ويركزون فقط على الكلمات التي يتواصل بها مرضاهم.

لقد أدركت قوة المعشر الشفائية الموجودة في الموسيقى والإيقاعات في ربيع عام ١٩٩٧م، حينما كنت أتابع عمل «لجنة الحقيقة والمصالحة»[2] في جنوب إفريقيا، وقد استمرت أعمال العنف الرهيبة في بعض الأماكن التي زرناها؛ فلقد حضرْتُ ذات يوم مجموعة لضحايا الاغتصاب في فِناء عيادة ببلدة خارج جوهانسبرغ، فسمعنا أصوات إطلاق رصاص على مقربة ثم تصاعد الدخان من وراء جدران المجمع السكني وانتشرت رائحة الغاز المسيل للدموع في الهواء؛ ثم سمعنا لاحقًا أن أربعين شخصًا وقعوا قتلى.

ومع ذلك، فرغم أن البيئة المحيطة كانت أجنبية ومثيرة للرعب، إلا أنني ميزت جيدًا هذه المجموعة: كانت النساء جالسات في وضعية الانهيار -في حزن وتجمد- كالعديد من مجموعات علاج الاغتصاب التي كنت قد رأيتها في بوسطن، وراودني حس مألوف بالعجز، وبكوني محاطًا بأناس منهارين من كل جانب،

---

(١) اختبار الـ SAT هو اختصار لـ Scholastic Assessment Test، ويمكن القول بأنه امتحان كفاءة للقبول في الجامعات ومؤسسات التعليم العالي في الولايات المتحدة الأمريكية. موقع «فرصة» (المترجم).

(2) Truth and Reconciliation Commission.

شعرت أنني أصاب بانهيار نفسي أنا الآخر؛ ثم بدأت إحدىٰ النساء في الهمهمة، وهي تتمايل برفق ذهابًا وإيابًا؛ ثم رويدًا رويدًا بزغ إيقاع ما، وشيئا فشيئًا انضمت النساء الأخريات، وسرعان ما صارت المجموعة بأكملها تغني، وتتحرك، وتنهض للرقص. لقد كان هذا تحولًا مذهلًا: لقد دبت الحياة في الناس من جديد، وصارت الوجوه متناغمة، وعادت الحيوية إلىٰ الأجساد؛ حينئذ قطعت عهدًا علىٰ تطبيق ما كنت أراه هناك ودراسة كيف يمكن للإيقاع، والهتاف، والتحرك أن يساعد في الشفاء من الصدمات.

سنرىٰ المزيد من هذا في الفصل العشرين، الذي يدور موضوعه حول المسرح، حيث أعرض كيف تتعلم مجموعات الشباب -ومن بينهم الأحداث الجانحون وأطفال التبني المعرضون للخطر-، كيف يتعلمون -شيئًا فشيئًا- العمل سويًا والاعتماد علىٰ بعضهم بعضًا، سواء حين يكونون شركاء في مبارزة السيف الشكسبيرية أو كُتَّابًا ومؤدّين لمسرحيات غنائية طويلة. ولقد أخبرني مختلف المرضىٰ عن الانتفاع الكبير الذي وجدوه في الغناء الكورالي، والأيكيدو، ورقص التانغو، والملاكمة، وإنني لأسعد بتقديم توصياتهم إلىٰ الأشخاص الآخرين الذين أعالجهم.

كما تعلمت درسًا قويًا آخر حول الإيقاع والشفاء عندما طُلب من الأطباء في «تروما سنتر» علاج فتاة صموتة في الخامسة من العمر، تدعىٰ يِنغ مِي Ying Mee، والتي كانت قد تُبنيت من دار أيتام في الصين؛ ولكن بعد شهور من المحاولات الفاشلة لإقامة اتصال معها، أدركت زميلتاي ديبورا روزيل Deborah Rozelle وليز وارنر Liz Warner أن نظام الانخراط الإيقاعي الخاص بها كان متعطلًا - فهي عاجزة عن التجاوب مع أصوات ووجوه من حولها؛ ولقد قادهم ذلك إلىٰ العلاج الحسي الحركي[1]٢٥.

«عيادة التكامل الحسي» في مدينة ووترتاون، ماساتشوستس، هي عبارة عن ملعب داخلي رائع مليء بأراجيح، وأحواض مليئة بكرات مطاطية متعددة الألوان

(1) sensorimotor therapy.

وعميقة لدرجة أن بمقدورك إخفاء نفسك فيها، وعوارض توازن، ومساحات زحف مصنعة من أنابيب بلاستيكية، وسلالم تؤدي إلىٰ منصات يمكنك القفز منها لتغوص في حُصُر مَحْشُوّة بالفوم. لقد قام الموظفون بتحميم يِنغ مِي في الحوض بالكرات البلاستيكية، مما ساعدها علىٰ الشعور بالأحاسيس علىٰ بشرتها؛ كما ساعدوها في التأرجح علىٰ الأراجيح والزحف تحت بطانيات ثقيلة؛ ثم بعد ستة أسابيع، تغير شيء ما؛ شرعت في التكلم٢٦.

لقد ألهمنا التحسن الهائل في حالة يِنغ مِي لتشييد عيادة تكامل حسي بـ «تروما سنتر»، والتي نستخدمها الآن أيضًا في برامج العلاج الإقامي الخاصة بنا. نحن لم نستكشف بعد مدىٰ نجوع التكامل الحسي مع الراشدين المصدومين، لكنني أدرج بصفة دورية تجارب التكامل الحسي والرقص في حلقاتي الدراسية.

إن تعلم التناغم يزود الآباء (وأطفالهم) بالخبرة الحشوية الخاصة بالتبادلية، ولقد أنشأ زملائي في «تروما سنتر»:

* علاج التفاعل بين الوالد والطفل: Parent-child interaction therapy وهو أسلوب علاج تفاعلي يعزز هذا الأمر.

* علاج «سمارت» SMART، وهو اختصار لـ «علاج تنظيم الاستثارة الحسية الحركية»٢٧ sensory motor arousal regulation treatment.

حين نلعب سويًا، نشعر بالتناغم الجسدي ونختبر حس الاتصال والبهجة، كما أن تمارين الارتجال (كتلك الموجودة بموقع http//:learnimprov.com) تُعتبر أيضًا وسيلة رائعة لمساعدة الناس علىٰ الاتصال المتسم بالبهجة والاستكشاف؛ ففي اللحظة التي ترىٰ فيها الوجوه العابسة من حولك تنفجر في الضحك والقهقهة، حينئذ تعلم أن تعويذة البؤس قد انكسرت.

٦- إقامة التواصل

لم يول علاج الصدمات السائد سوىٰ اهتمام ضئيل بمساعدة الأشخاص المرعوبين علىٰ اختبار أحاسيسهم وعواطفهم بأمان؛ ومن ناحية أخرىٰ، تقوم

الأدوية، مثل مثبطات استرداد السيروتونين وريسبيريدول وسيروكويل، باحتلال متزايد لمنصب مساعدة الناس علىٰ التعامل مع عالمهم الحسي٢٨. ورغم ذلك، فإن الوسيلة الفطرية الخالصة لتهدئة اكترابنا نحن البشر هي أن يلامسنا الآخرون، ويعانقونا، ويهزهزونا ويهدهدونا؛ إذ يخفف هذا من التيقظ المفرط ويشعرنا بأننا سليمون، وآمنون، ومحميون، ومسيطرون.



رامبرانت فان راين Rembrandt van Rijn المسيح يبرئ المرضى. يحمل تميز وضعيات الراحة على مستوى عالمي، وهي تعكس القوة الشفائية للتلامس المتلاقي.

إن اللمس، الذي هو الأداة الأساسية التي نمتلكها للتهدئة، محظور من معظم الممارسات العلاجية؛ ورغم ذلك، فليس بمقدورك الوصول للتعافي التام إلا بعد أن تشعر بالأمان في جسدك؛ ولذلك أشجع جميع مرضاي علىٰ المشاركة في نوع من «العلاج بالجسد» bodywork، سواء كان ذلك تدليكًا علاجيًا، أو التمارين الفيلدنكرايسية[١]، أو علاجًا قحفيًا عجزيًا[٢].

(١) نسبة إلىٰ مبتكرها موشيه فيلدنكرايس. (المترجم).

(2) craniosacral therapy.

لقد سألت اختصاصية «العلاج بالجسد» المفضلة لدي، ليكيا سكاي Licia Sky، عن ممارستها مع الأفراد المصدومين، وإليكم بعض ما أخبرتني به: «لا أبدأ جلسة «العلاج بالجسد» قط دون إنشاء اتصال شخصي، وأنا لا آخذ تاريخًا؛ ولا أبحث عن درجة انصدام الشخص أو عما حدث له؛ وإنما أتحقق من موقع حضورهم داخل جسدهم في الوقت الراهن، وأسألهم عما إذا كان هناك أي شيء يريدون مني الانتباه إليه، وأقوم طوال الوقت بتقييم وضعيتهم: هل ينظرون في عيني؛ مدىٰ ظهور التوتر أو الاسترخاء عليهم؛ هل يقيمون اتصالًا معي أم لا.

«القرار الأول الذي أتخذه هو هل سيشعرون بمزيد من الأمان إذا ولوا وجههم للأعلىٰ أم للأسفل، فإذا لم أكن علىٰ معرفة بهم، فعادة ما أبدأ بتولية وجههم للأعلىٰ؛ كما أكون شديدة الحرص بشأن الكشف والستر؛ وشديدة الحرص علىٰ إتاحة الشعور بالأمان في خلع أي ملابس يريدونها، فهذه حدود مهمة يجب وضعها بادئ ذي بدء.

«بعد ذلك، مع اللمسة الأولىٰ، أقيم اتصالًا قويًّا وآمنًا: لا أفعل شيئًا حادًّا أو إجباريًّا، كما لا أفعل شيئًا أسرع مما ينبغي؛ فيكون اللمس بطيئًا، ومتسمًا بإيقاع لطيف، وسهلًا علىٰ العميل تتبعه؛ وقد يكون قويًّا كالمصافحة، والموضع الأول الذي ألمسه هو اليد والساعد، لأن هذا هو آمن موضع للمس أي شخص، حيث يكون بمقدوره القيام بلمسك هو الآخر.

«يتوجب عليك أن تقابل نقطة مقاومتهم -الموضع الأكثر توترًا- وأن تقابلها بقدر مساوٍ من الطاقة، فهذا يقوم بتحرير التوتر المتجمد؛ كما يجب ألا تتردد؛ فالتردد يوصل إليهم افتقارك للثقة بنفسك؛ لكن بطء الحركة والتناغم الدقيق مع العميل مختلف عن التردد، فعليك أن تقابلهم بثقة وتشاعر هائلين، وأن تدع ضغط لمستك يقابل التوتر الذي يحملونه في أجسادهم».

ما فائدة «العلاج بالجسد» للناس؟ تجيب ليكيا قائلة: «مثلما يمكن أن تكون متعطشًا للماء، فكذلك يمكن أن تكون متعطشًا للّمس، وإنه لمن المريح أن تُقابَل

بثقة، وعمق، وحزم، ورفق، واستجابية؛ وبهذا تعمل اللمسة والحركة الواعيتان علىٰ إشعار الناس بالحضور وتتيح لهم اكتشاف التوترات التي ربما ظلوا حاملين لها لزمن طويل بحيث لم يعودوا واعين بها؛ إذ عندما تُلمَس، تبدأ في إدراك الجزء الذي يُجرىٰ لمسه من جسدك.

«يتكبل الجسم ماديًا حين تكون الانفعالات منحوتة بالداخل؛ إذ يتصلب الكتفان؛ وتتوتر العضلات الوجهية، وينفق الناس طاقة هائلة في سبيل كبح دموعهم -أو أي صوت أو حركة قد تفشي حالتهم الداخلية؛ وعندما يتحرر التوتر الجسدي، فحينئذ يمكن أن تتحرر المشاعر. كما تساعد الحركة علىٰ زيادة عمق التنفس، وعندما يتم تحرير التوترات، يمكن إطلاق سراح الأصوات التعبيرية؛ إذ يكتسب الجسد حرية أكبر- يتنفس بحرية ويصير تام الحضور، وبهذا يتيح اللمسُ العيشَ في جسم يمكنه أن يتحرك استجابة لتحريكه.

«يحتاج الأشخاص المرعوبون إلىٰ أن يكون لديهم حس بموقعِ أجسادهم وحدودها في الفضاء المادي، ويتيح لهم اللمس الحازم والمطَمْئِن معرفة مكان تلك الحدود: ما الذي بخارجهم، وأين تنتهي أجسادهم؛ فيكتشفون أنهم ليسوا مضطرين إلىٰ أن يتساءلوا طوال الوقت من هم وأين هم، كما يكتشفون أن أجسادهم صلبة وأنهم ليسوا مضطرين إلىٰ التأهب الدائم؛ وبهذا يتيح لهم اللمس معرفة أنهم بأمان».

٧- اتخاذ الإجراءات

يستجيب الجسم للتجارب المتطرفة بإفراز الهرمونات الكربية، والتي غالبًا ما تُلام علىٰ الأدواء والأمراض اللاحقة؛ ورغم ذلك، فهذه الهرمونات تهدف إلىٰ منحنا القوة والاصطبار للاستجابة للظروف الاستثنائية؛ فالذين يفعلون شيئًا ما للتعامل مع الكارثة -إنقاذ المحبوبين أو الغرباء، أو نقل الناس إلىٰ المستشفىٰ، أو الانضمام إلىٰ الفريق طبي، أو نصب الخيام أو طهي الوجبات- يستخدمون هرموناتهم الكربية لتحقيق غرضهم الصائب، وبالتالي يصير خطر إصابتهم بالصدمات أقل بكثير مقارنة بغيرهم (ومع ذلك، فكل شخص لديه نقطة انهيار

خاصة به، وحتىٰ الشخص الأفضل استعدادًا قد ينسحق تحت وطأة جَسَامَة التحدي).

يمنع العجز والشلل الناس من استخدام هرموناتهم الكربية للدفاع عن أنفسهم، وعندما يحدث ذلك، يستمر ضخ هرموناتهم، ولكن الإجراءات التي من المفترض أن توقدها هذه الهرمونات تكون مُخمَدة الأنفاس؛ وفي نهاية المطاف، يتم إرجاع أنماط التنشيط التي كان من المفترض أن تعزز التأقلم لتتوجه ضد الكائن الحي، وحينئذ تواصل تأجيج استجابات التجمد والقتال/الفرار الخاطئة. ومن أجل العودة إلىٰ الوظيفية السليمة، يجب إنهاء استجابة الطوارئ الدائمة هذه، إذ يحتاج الجسم إلىٰ العودة إلىٰ درجة أساسية من الأمان والاسترخاء يمكنه من خلالها التحرك لاتخاذ إجراءاتٍ استجابةً للخطر الحقيقي.

لقد قام صديقاي ومعلماي بات أوغدن وبيتر ليڤين بابتكار عِلاجَين قويَّين مستندين إلىٰ الجسد للتعامل مع هذه المشكلة، وهما العلاج النفسي الحسي الحركي٢٩[1] والخَبْر الجسماني٣٠[2]؛ وفي هاتين المقاربتين العلاجيتين، تُوضَعُ قصةُ ما حدث في المقعد الخلفي ويحل محلها استكشافُ الأحاسيس الجسدية واكتشاف موضع بصمات الصدمات السابقة وشكلها علىٰ الجسم؛ فقبل الانغماس في الاستكشاف الشامل للصدمة نفسها، تتم إعانة المرضىٰ علىٰ بناء موارد داخلية تعزز الوصول الآمن للأحاسيس والانفعالات التي سحقتهم حين الصدمة؛ ويسمي بيتر ليڤين هذه العملية «البندلة» (من حركة البندول) -وهو التحرك برفق دخولًا وخروجًا عند ولوج الأحاسيس الداخلية والذكريات الصدمية؛ وبهذه الطريقة يُعان المرضىٰ علىٰ توسيع نافذة الإطاقة الخاصة بهم شيئًا فشيئًا.

بمجرد أن يتمكن المرضىٰ من إطاقة وعيهم بخبراتهم الجسدية القائمة علىٰ الصدمة، يصير من المرجح أن يكتشفوا الاندفاعات الجسدية القوية -كالضرب، أو الدفع، أو الركض- التي نشأت أثناء الصدمة ولكن تم قمعها من

---

(1) sensorimotor psychotherapy.

(2) somatic experiencing.

أجل النجاة؛ وهذه الاندفاعات تظهر في هيئة حركات جسدية دقيقة وخفية كالتلوي، أو الالتفاف، أو التقهقر، لكن تضخيم هذه الحركات وتجريب طرقٍ لتعديلها يؤدي إلىٰ بدء عملية إكمال «الميول الإجرائية» غير المكتملة المتعلقة بالصدمة، ويؤدي هذا في نهاية المطاف إلىٰ زوال الصدمة. إن العلاجات الجسدية تستطيع مساعدة المرضىٰ علىٰ إعادة توطين أنفسهم في الحاضر بواسطة اختبار أن الوضع آمن للتحرك، كما أن شعور المرضىٰ بمتعة اتخاذ إجراءاتٍ فعالة يسترد حس الوكالة وحس الاقتدار علىٰ الدفاع النشط عن أنفسهم وحمايتها.

بالعودة إلىٰ عام ١٨٩٣م، كتب بيير جانيه -وهو أول مستكشف عظيم للصدمة- عن «متعة الإجراء المكتمل»، وإنني لألاحظ تلك المتعة من حين لآخر حين أمارس العلاج النفسي الحسي الحركي والخَبْر الجسماني: فحين يتمكن المرضىٰ من أن يختبروا جسديًّا ما كانوا سيشعرون به لو كانوا قاتلوا أو هربوا، فحينئذ يسترخون، ويبتسمون، ويبدو عليهم حس الاكتمال.

عندما يُجبَر الناس علىٰ الخضوع لسلطة ساحقة -كحال معظم الأطفال الذين يلاقون سوء المعاملة، والنساء المقهورات في العنف المنزلي، والرجال والنساء المسجونين- فإنهم غالبًا ما يلجؤون للإذعان المستكين في سبيل النجاة؛ وأفضل وسيلة للتغلب علىٰ أنماط الخضوع المترسخة هي استعادة القدرة الجسدية علىٰ الانخراط والدفاع، وإن إحدىٰ وسائلي المفضلة الموجَّهة للجسم لتشييد استجابات قتال/فرار ناجعة هي برنامج «نموذج الحرابة[1]»، حيث يتم تعليم النساء (والرجال علىٰ نحو متزايد أيضًا) أن يقمن بمقاومة نشطة لهجومٍ مُحاكًىٰ٣١. لقد ابتُدِئ هذا البرنامج في مدينة أوكلاند، كاليفورنيا، في عام ١٩٧١م بعد أن تعرضت امرأة حاصلة علىٰ حزام أسود من الدرجة الخامسة في الكاراتيه للاغتصاب، فظل أصدقاؤها يتساءلون كيف حدث هذا لشخص يُفترض أن باستطاعته القتل بيديه العاريتين، وخلصوا إلىٰ أنها قد فقدت مهارتها تحت وطأة الخوف، ومن زاوية نظر هذا الكتاب: فقد انطفأت وظائفها التنفيذية

---

(1) model mugging.

-فصاها الجبهيان- فأصيبت بالتجمد. ولهذا يقوم برنامج نموذج الحرابة بتعليم النساء إعادة تشريط استجابة التجمد من خلال العديد من التكرارات لتواجد المرأة في «ساعة الصفر» (وهو المصطلح العسكري للحظة الهجوم الدقيقة) وتعلم تحويل الخوف إلىٰ طاقة قتالية إيجابية.

تلقت إحدىٰ مريضاتي، وهي طالبة جامعية ذات تاريخ من الإساءة الطفولية القاسية، هذه الدورة التدريبية: حين قابلتها لأول مرة، كانت منهارة، ومكتئبة، ومذعنة إلىٰ حد مفرط؛ لكن بعد ثلاثة أشهر، أثناء حفل تخرجها، نجحت في مقاتلة مهاجم عملاق (مرتديًا بدلة واقية سميكة للحماية من ضرباتها) والذي انتهىٰ به المطاف مستلقيًا علىٰ الأرض خانعًا، وهي تواجهه رافعة ذراعيها في وضعية الكاراتيه، وتصيح قائلة «كلا» بوضوح ورزانة.

وبعد فترة وجيزة، بينما كانت تمشي عائدة من المكتبة إلىٰ المنزل بعد منتصف الليل إذ ظهر ثلاثة رجال فجأة من وسط بعض الشجيرات، وصاحوا بها: «أيتها العاهرة، أخرجي ما معك من المال»؛ فاتخذت نفس وضعية الكاراتيه وصاحت بهم هي الأخرىٰ قائلة: «حسنًا يا رفاق، لقد كنت أتطلع إلىٰ هذه اللحظة. من منكم يريد أن ينازلني أولًا؟» فهربوا. إذا مشيت منحني الظهر وخائفًا جدًّا من النظر حولك، تصير فريسة سهلة لسادية الآخرين، ولكن إذا تجولت باعثًا رسالة «لا تعبث معي»، فمن المستبعد أن يضايقك أحد.

إدماج الذكريات الصدمية

ليس بمقدور الناس أن ينبذوا الأحداث الصدمية وراء ظهورهم حتىٰ يتمكنوا من الاعتراف بما قد حدث والبدء في تمييز الشياطين الخفية التي يتصارعون معها، ولقد ركز العلاج النفسي التقليدي تركيزًا أساسيًّا علىٰ بناء السرد الذي يفسر سبب مراودة شعور معين للشخص، كما قال سيغموند فرويد عام ١٩١٤م في كتاب «التذكر، والتكرار، والاجتياز٣٢»[1]: «في حين أن المريض يعيش

(1) Remembering, Repeating and Working Through.

[الصدمة] كشيء حقيقي وفعلي، فعلينا أن ننجز المهمة العلاجية، والتي تتمثل أساسًا في إعادة ترجمة الصدمة من زاوية الماضي». إن رواية القصة أمر مهم؛ فبدون القصص تتجمد الذاكرة؛ وبدون الذاكرة لا يكون بمقدورك تخيل كيف يمكن أن تكون الأمور مختلفة؛ ولكن كما رأينا في الباب الرابع، فإن رواية قصة عن الحدث لا تضمن التخلص من الذكريات الصدمية.

هناك سبب لذلك بالتأكيد، فعندما يتذكر الناس حدثًا عاديًا، فإنهم لا يعاودون أيضًا عيش الأحاسيس الجسدية، أو الانفعالات، أو الصور، أو الروائح، أو الأصوات المرتبطة بهذا الحدث؛ لكن في المقابل، عندما يتذكر الناس صدماتهم تذكرًا تامًا، فإنهم «يعيشون» الخبرة: تبتلعهم شظايا الماضي الحسية أو الانفعالية؛ ويُظهر تصوير الدماغ الخاص بستان ويوت لورانس -ضحية الحادث المروري في الفصل الرابع- كيف يحدث هذا الأمر: عندما كان ستان يتذكر حادثه المروع، انطفأت منطقتان رئيسيتان في دماغه: المنطقة التي تمدنا بحس الزمن والمنظور، التي تتيح معرفة أن «لقد كان ذلك حينها، لكنني الآن بأمان»، والمنطقة الأخرىٰ التي تدمج الصور والأصوات وأحاسيس الصدمة محولة إياها إلىٰ قصة متماسكة؛ وعندما تصاب تلك الأجزاء الدماغية بالإغماء، فلا يختبر الشخصُ الأمرَ بصفته حدثًا له بداية، ووسط، ونهاية؛ وإنما في هيئة أجزاء من الأحاسيس، والصور، والانفعالات.

لا يمكن معالجة الصدمة بنجاح إلا إذا بقيت كافة البنىٰ الدماغية هذه قيد التشغيل؛ ففي حالة ستان، سمحت له «إعادة المعالجة الذكروية» بولوج ذكرياته عن الحادث دون انسحاقه تحت وطأتها؛ وبهذا فحين نتمكن من إبقاء المناطق الدماغية التي يكون غيابها مسؤولًا عن الارتدادات الذكروية، حينما نتمكن من إبقائها قيد التشغيل أثناء تذكر ما حدث، نستطيع إدماج ذكرياتنا الصدمية بصفتها أمورًا منتمية إلىٰ الماضي.

إنَّ تفارقَ يوت (لو تذكرتَ، فقد انطفأت تمامًا) أدىٰ إلىٰ تعقيد التعافي علىٰ نحو مختلف؛ إذ لم تكن أي من البنىٰ الدماغية اللازمة للانخراط في الحاضر قيد التشغيل، لذا كان التعامل مع الصدمة أمرًا مستحيلًا؛ فبدون عقل متنبه وحاضر

لا يمكن أن يكون هناك إدماج أو انحلال، لذا فقد كانت بحاجة إلىٰ عون لتوسيع نافذة الإطاقة لديها كي تتمكن من التعامل مع أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة.

لقد ظل التنويم المغناطيسي هو أكثر علاج يُستخدم للصدمات منذ أواخر القرن التاسع عشر -زمن بيير جانيه وسيجموند فرويد- إلىٰ ما بعد الحرب العالمية الثانية؛ وفي يوتيوب، لا يزال بإمكانك مشاهدة الفيلم الوثائقي «دع النور يعبر إلىٰ هناك[1]» للمخرج السينمائي العظيم جون هيوستن، والذي يُظهر رجالًا يخضعون للتنويم المغناطيسي لعلاج «عصاب الحرب»؛ لكن في أوائل التسعينيات لم يعد التنويم المغناطيسي محبوبًا ولم تكن هناك دراسات حديثة حول فعاليته في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ ورغم ذلك، فيمكن أن يحفز التنويمُ المغناطيسي الوصولَ إلىٰ حالة من الهدوء النسبي يستطيع المرضىٰ من خلالها ملاحظة خبراتهم الصدمية دون الانسحاق؛ ونظرًا لأن هذه القدرة علىٰ المراقبة الهادئة للذات هي عامل حاسم في إدماج الذكريات الصدمية، فمن المرجح أن التنويم المغناطيسي -في شكل ما- سيعاود الظهور من جديد.

العلاج السلوكي المعرفي

يُعلِّم معظمُ الأخصائيين النفسيين العلاجَ السلوكي المعرفي أثناء فترة تدريبهم، ولقد تم تصميم العلاج السلوكي المعرفي بادئ ذي بدء لعلاج الرهابات كالخوف من العناكب، أو الطائرات، أو المرتفعات؛ وذلك بمساعدة المرضىٰ علىٰ مقارنة مخاوفهم غير العقلانية بالحقائق غير الضارة؛ فتجري إزالة تحسس المرضىٰ لمخاوفهم غير المنطقية رويدًا رويدًا بواسطة قيامهم باستحضار أشد ما يخشونه؛ ويكون هذا باستخدام قصصهم وصورهم «(التعريض التخيلي»)، أو بواسطة وضعهم في مواقف حقيقية مثيرة للقلق لكنها آمنة في الحقيقة (التعريض في البيئة الداخلية[2])، أو بتعريضهم لمشاهد محاكاة بالواقع الافتراضي

---

(1) Let there be Light.

(2) in vivo exposure.

الحاسوبي؛ علىٰ سبيل المثال: في حالات اضطراب الكرب التالي للصدمة المرتبط بالحرب، والقتال في شوارع مدينة الفلوجة بالعراق.

الفكرة وراء العلاج السلوكي المعرفي هي أنه عندما يتعرض المرضىٰ مرارًا وتكرارًا للمنبهات دون حدوث أمور سيئة في الحقيقة، فإنهم سيصبحون أقل توعكًا شيئًا فشيئًا؛ وستصير الذكريات السيئة مرتبطةً بمعلومات «تصحيحية» عن كون المرء في أمان٣٣؛ كما يحاول العلاج السلوكي المعرفي مساعدة المرضىٰ علىٰ التعامل مع نزوعهم إلىٰ التجنب، كما هو الحال في «لا أريد التحدث عن ذلك الأمر»٣٤. ويبدو الأمر بسيطًا، لكن كما رأينا، فإن معاودة عيش الصدمة يعيد تنشيط جهاز الإنذار الدماغي ويقضي علىٰ المناطق الدماغية الضرورية لإدماج الماضي، مما يجعل من المرجح أن يعاود المرضىٰ عيش الصدمة بدلًا من حلها.

لقد تمت دراسة التعرض المطوَّل أو «الغمر» في اضطراب الكرب التالي للصدمة علىٰ نحو أكثر شمولية مقارنة بأي علاج آخر، وفي الغمر يُطلب من المرضىٰ «تركيز انتباههم علىٰ المواد الصدمية . . . وألا يشتتوا انتباههم بأفكار أو أنشطة أخرىٰ»٣٥؛ ولقد أظهرت الأبحاث أن الأمر قد يتطلب الوصول إلىٰ مائة دقيقة من الغمر (الذي يجرىٰ فيه تقديم الموقدات المقلقة تقديمًا مكثفًا وموصولًا) كي نتمكن من توثيق وجود انخفاض في القلق٣٦. يفيدنا التعريض أحيانًا في التعامل مع الخوف والقلق، لكن لم يثبت أنه يفيد في شعور الذنب أو غيره من المشاعر المعقدة٣٧.

ومقارنة بفعالية العلاج السلوكي المعرفي في التعامل مع المخاوف غير العقلانية مثل العناكب، فهو لم يبلِ حسنًا في حالة الأفراد المصدومين، لا سيما أولئك الذين لديهم تاريخ من إساءات الطفولة؛ إذ من كل المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة الذين أنهوا الدراسات البحثية، أظهر ثلثهم فقط بعض التحسن٣٨. كما أن من يتمّون العلاج السلوكي المعرفي عادة ما تقل لديهم أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة مقارنة بغيرهم، لكنهم نادرًا ما يتعافون تمامًا: إذ يظل معظمهم يعاني من مشاكل جسيمة في صحتهم الجسدية، أو مهنتهم، أو عافيتهم النفسية٣٩.

في أكبر دراسة منشورة عن العلاج السلوكي المعرفي في اضطراب الكرب التالي للصدمة، انقطع أكثر من ثلث المرضىٰ؛ وأصيب الباقون بعدد كبير من التفاعلات الضائرة؛ إذ ظلت غالبية النساء المشاركات في الدراسة يعانين من اضطراب الكرب التالي للصدمة الذي صار في أشرس درجاته بعد ثلاثة أشهر من الدراسة، كما لم تنقشع الأعراض الرئيسية لاضطراب الكرب التالي للصدمة إلا لدىٰ ١٥ بالمائة فقط٤٠؛ كما يُظهر التحليل الشامل لجميع الدراسات العلمية عن العلاج السلوكي المعرفي أن نفعه مساوٍ إلىٰ وجود المرء في علاقة علاجية داعمة٤١؛ وأن أضعف نتيجة في علاجات التعريض تحدث لدىٰ المرضىٰ الذين يعانون من «الانهزام النفسي» - أولئك الذين استسلموا٤٢.

إن الانصدام ليس قضية كونك عالقًا في الماضي؛ إنه قضية عدم المحيا التام في الحاضر. وأحد أشكال علاج التعريض هو العلاج بالواقع الافتراضي حيث يرتدي المحاربون القدامىٰ نظارات عالية التقنية تتيح إعادة خوض معركة الفلوجة بتفاصيل نابضة بالحياة؛ وعلىٰ حد علمي، فلقد كان أداء جنود المارينز الأمريكان في القتال ممتازًا، لكن المشكلة هي أنهم لا يستطيعون تحمل كونهم في الوطن؛ إذ تظهر الدراسات الحديثة التي أجريت علىٰ المحاربين الأستراليين القدامىٰ أن أنظمتهم الدماغية قد تعدّلت لتكون متأهبة لحالات الطوارئ، وذلك علىٰ حساب التركيز علىٰ التفاصيل الصغيرة للحياة اليومية٤٣ (وسوف نتعلم المزيد عن هذا الأمر في الفصل التاسع عشر، الذي يدور موضوعه حول الارتجاع العصبي). إنما يحتاج المرضىٰ المصدومون إلىٰ العلاج بـ «العالم الواقعي»، أكثر من العلاج بالواقع الافتراضي، مما يساعدهم علىٰ الشعور بالمحيا حين يتجولون داخل المجمع التِجَارِيّ أو حين يلعبون مع أطفالهم كما كانوا يشعرون حين كانوا في شوارع بغداد.

لا يمكن أن يستفيد المرضىٰ من معاودة عيش صدمتهم إلا إذا كانوا لا ينسحقون تحت وطأتها، وخير مثال علىٰ هذا هي دراسة أجريت علىٰ قدامىٰ الحرب الفيتنامية وقد أجراها زميلي روجر بيتمان في أوائل التسعينيات٤٤: كنت أزور مختبر روجر كل أسبوع في تلك الأثناء، حيث كنا نجري الدراسة الخاصة

بالأفيونات الدماغية في اضطراب الكرب التالي للصدمة والتي ناقشتها في الفصل الثاني، فكان روجر يطلعني علىٰ شرائط الفيديو الخاصة بجلساته العلاجية وكنا نتناقش في ما لاحظناه؛ لقد كان هو وزملاؤه يدفعون المحاربين القدامىٰ للتحدث مرارًا وتكرارًا عن كل تفاصيل خبراتهم في فيتنام، لكن المحققين اضطروا لإيقاف الدراسة لأن الارتدادات الذكروية أصابت العديد من المرضىٰ بالهلع، وغالبًا ما كان الخوف يستمر بعد الجلسات؛ ولذلك فبعضهم لم يرجع أبدًا، كما أن كثير ممن بقوا في الدراسة صاروا أشد اكتئابًا، وعنفًا وخوفًا؛ كما تكيف آخرون مع أعراضهم المتزايدة عن طريق زيادة استهلاكهم للخمر، مما أدىٰ إلىٰ مزيد من العنف والمذلة، حيث اتصل بعض أفراد عائلتهم بالشرطة لنقلهم إلىٰ المستشفىٰ.

إزالة التحسس

علىٰ مدىٰ العقدين الماضيين، كان العلاج السائد الذي يتم تدريسه لطلاب علم النفس هو شكل من أشكال إزالة التحسس المنهجية: مساعدة المرضىٰ علىٰ أن يصيروا أقل تفاعلية تجاه بعض الانفعالات والأحاسيس، لكن هل هذا هو الهدف الصائب؟ ربما لا تكمن المشكلة في إزالة التحسس، بل في الإدماج/ التكامل: وضع الحدث الصدمي في مكانه الصائب داخل المسار العام لحياة المرء.

إزالة التحسس تجعلني أتأمل في ذلك الصبي الصغير -لا بد أنه كان في الخامسة من العمر- الذي رأيته أمام منزلي مؤخرًا، لقد كان والده الجبار يصيح به بأعلىٰ صوته بينما الصبي يلعب بدراجته ثلاثية العجلات في الشارع الذي أسكن فيه؛ ورغم أن الطفل لم يكن منزعجًا من ذلك، إلا أن خفقان قلبي أخذ في التسارع وشعرت باندفاعة نحو طرح هذا الرجل أرضًا. ما مدىٰ الوحشية التي تطلبها الأمر لتخدير طفل في هذا الصغر تجاه وحشية والده؟ لا بد أن عدم اكتراثه بصراخ والده كان نتيجة التعرض المطول، لكنني تساءلت، بأي ثمن؟ أجل، يمكننا أن نتناول العقاقير التي تبلّد انفعالاتنا أو نتعلم إزالة تحسس أنفسنا؛ فحين كنا طلابًا بكلية الطب تعلمنا أن نبقىٰ ذوي طابع تحليلي حين كنا مضطرين

إلىٰ علاج الأطفال المصابين بحروق من الدرجة الثالثة؛ ولكن، كما أوضح عالم الأعصاب جان ديسيتي Jean Decety من جامعة شيكاغو، فإن إزالة تحسسنا تجاه آلامنا أو آلام الآخرين يؤدي إلىٰ تبليد عُمُومِيّ للحساسية الانفعالية٤٥.

في عام ٢٠١٠م، كان هناك تقرير عن ٤٩٤٢٥ محاربًا قديمًا تم تشخيصهم حديثًا باضطراب الكرب التالي للصدمة الناجم عن حربي العراق وأفغانستان والذين طلبوا الرعاية من «شئون المحاربين»، وقد أظهر هذا التقرير أن ما يقل عن واحد من كل عشرة قد أكمل حقًّا العلاج الموصىٰ به٤٦. وعلىٰ غرار محاربي فيتنام في دراسات بيتمان، فإن علاج التعريض -بالشكل الممارَس به حاليًا- نادرًا ما يجدي نفعًا لهم؛ إذ ليس بمقدورنا «هضم» الخبرات المروعة ما دامت تسحقنا، وهذا يعني أن المقاربات الأخرىٰ ضرورية.

العقاقير لولوج الصدمة بأمان؟

عندما كنت طالبًا بكلية الطب، أمضيت صيف عام ١٩٦٦م في العمل لدىٰ جان باستيان Jan? Bastiaans، الأستاذ بجامعة لايدن بهولندا، الذي كان مشهورًا بعمله في علاج الناجين من الهولوكوست بعقار «إل إس دي» LSD؛ ولقد ادعىٰ أنه حقق نتائج مذهلة، ولكن عندما فحص زملاؤه سِجِلّاته، لم يجدوا إلا بيانات قليلة تدعم مزاعمه. بعد ذلك جرىٰ إهمال إمكانية استخدام المواد المغيرة للحالة النفسية في علاج الصدمات حتىٰ عام ٢٠٠٠م، عندما تلقىٰ مايكل ميثوفر Michael Mithoefer وزملاؤه في ساوث كارولينا إذنًا من «هيئة الغذاء والدواء»[1] لإجراء تجربة باستخدام عقار «إم دي إم إيه» MDMA (المعروف باسم «إكستاسي» ecstasy)، ثم تم تصنيف عقار «إكستاسي»كمادة خاضعة للرقابة في عام ١٩٨٥م بعد استخدامه لسنوات عديدة كعقار ترويحي[2]. وكما هو الحال مع بروزاك وغيره من الأدوية نفسانية التأثير، فنحن لا نعلم تحديدًا كيف يعمل عقار «إكستاسي»، ولكن من المعروف أنه يزيد من تركيز عدد من الهرمونات المهمة،

---

(1) Food and Drug Administration.

(2) recreational.

بما في ذلك الأوكسيتوسين، والفازوبريسين، والكورتيزول والبرولاكتين٤٧؛ أما الأمر ذو الصلة الأكبر بعلاج الصدمات فهو أنه يزيد من وعي الناس بأنفسهم؛ إذ كثيرًا ما يبلغون عن علو رهافة الحس، مصحوبًا بالفضول، والوضوح، والثقة، والإبداع، والاتصال. لقد كان ميثوفر وزملاؤه يبحثون عن دواء من شأنه أن يعزز فعالية العلاج النفسي، ثم أصبحوا مهتمين بـ «إكستاسي» لأنه يقلل الخوف، والدفاعية، والتخدر، بالإضافة إلىٰ المساعدة في ولوج الخبرة الداخلية٤٨؛ وظنوا أن عقار «إكستاسي» ربما يُمكِّن المرضىٰ من البقاء ضمن نافذة الإطاقة كي يتمكنوا من إعادة زيارة ذكرياتهم الصدمية دون المعاناة من التيقظ الفسيولوجي والانفعالي الساحق.

وقد دعمت الدراسات الارْتِيَادِيَّة[1] هذا التوقع٤٩؛ فالدراسة الأولىٰ التي اشتملت علىٰ المحاربين القدامىٰ، ورجال الإطفاء، وضباط الشرطة المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، كانت ذات نتائج إيجابية؛ وفي الدراسة التالية، التي تضمنت مجموعة من عشرين ضحية اعتداء لم تستجب لأشكال العلاج السابقة، تلقىٰ اثنا عشر شخصًا عقار «إكستاسي» وتلقىٰ ثمانيةٌ الدواءَ الغفلي غير الفعال؛ ثم أثناء جلوسهم أو استلقائهم في غرفة مريحة، تلقوا جميعًا جلستين من العلاج النفسي مدة كل منهما ثماني ساعات، باستخدام علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»[2]، وهو موضوع الفصل السابع عشر من هذا الكتاب؛ وبعد شهرين، تم اعتبار أن ٨٣ في المائة من المرضىٰ الذين تلقوا «إكستاسي» بالإضافة إلىٰ العلاج النفسي قد تعافوا تمامًا، مقارنة بـ ٢٥ في المائة من مجموعة عقار الغفل؛ كما لم يصب أي من المرضىٰ بآثار جانبية ضائرة، وربما يكون أشد الأمور إثارة للاهتمام هو أنه حينما أُجريت مقابلات مع المشاركين بعد مرور أكثر من عام علىٰ اكتمال الدراسة، كانوا لا يزالون محافظين علىٰ المكاسب التي حققوها.

---

(1) pilot studies.

(2) Internal Family Systems (IFS).

باقتدار المرء علىٰ ملاحظة الصدمة من الحالة النفسية الهادئة واليَقِظَة التي يطلِق عليها علاجُ أنظمة الأسرة اسمَ «الذات» (وهو مصطلح سأناقشه بمزيد من التفصيل في الفصل السابع عشر)، حينئذ يكون العقل والدماغ في وضع يسمح لهما بإدماج الصدمة في نسيج الحياة الكُلّيّ؛ ويختلف هذا كثيرًا عن تقنيات إزالة التحسس التقليدية، المتمحورة حول تبليد استجابة الشخص لأهوال الماضي؛ فهذا يتعلق بالترابط والإدماج - تحويل حدث مروع سحقك في الماضي إلىٰ ذكرىٰ أمر حدث منذ زمن طويل.

وزغم ذلك، فالمهيجات النفسية (المهلوسات)[1] هي عوامل قوية ذات تاريخ حافل بالقلاقل؛ إذ من السهل إساءة استخدامها نتيجة إهمال الإشراف وسوء الحفاظ علىٰ الحدود العلاجية، كما نأمل ألا يصير عقار «إم دي إم إيه» علاجًا سحريًا آخر تحرر من صندوق باندورا[٢].

ماذا عن الأدوية؟

لطالما استخدم الناس العقاقير للتعامل مع الكرب الصدمي، ولكل ثقافة ولكل جيل تفضيلاته المعينة:

* الفودكا، أو البيرة، أو الويسكي، أو الجين gin؛
* الحشيش، أو الماريجوانا، أو القنب cannabis، أو الجنجا ganja؛
* الكوكايين.
* الأفيونات: مثل الأوكسيكونتين.
* المهدئات: مثل الفاليوم Valium، وزاناكس Xanax، وكلونوبين Klonopin.

فحين يستبد اليأس بالناس، قد يفعلون أي شيء تقريبًا في سبيل الشعور بالهدوء والسيطرة٥٠.

---

(1) psychedelics.

(٢) صندوق باندورا في الأساطير الإغريقية، هو صندوق يحتوي علىٰ كل شرور البشرية؛ من جشع، وغرور، وافتراء، وكذب وحسد، ووهن، ووقاحة. (ويكيبيديا) (المترجم).

ويتبع الطب النفسي السائد هذا التقليد؛ فعلىٰ مدار العقد الماضي، أنفقت وزارتا «الدفاع» و«شؤون المحاربين القدامىٰ» معًا أكثر من ٤,٥ مليار دولار علىٰ مضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان، ومضادات القلق؛ كما أظهر تقرير داخلي صدر في يونيو ٢٠١٠م من «مركز وزارة الدفاع للاقتصاد الدوائي[1]» بفورت سام هيوستن بمدينة سان أنطونيو أن ٢١٣٩٧٢، أو ٢٠ بالمائة من ١,١ مليون جندي الذين شملهم الاستطلاع، أظهر التقرير أنهم كانوا يتلقون شكلًا ما من أشكال الأدوية نفسانية التأثير: مضادات الاكتئاب، ومضادات الذهان، والمهدئات المنومة، أو غيرها من المواد الخاضعة للرقابة٥١.

ومع ذلك، فلا يمكن للعقاقير أن «تشفي» من الصدمة؛ فكل ما يمكنها فعله هو إخماد تعبيرات الاضطراب الفسيولوجي؛ كما أنها لا تقوم بتعليم المرضىٰ دروس التنظيم الذاتي الدائمة. أجل يمكنها أن تساعد في التحكم بالمشاعر والسلوك، ولكن دائمًا ما يكون هناك ثمن - لأنها تعمل عن طريق إحصار الأنظمة الكيميائية التي تنظم الانخراط، والتحفيز، والألم، واللذة. لكن بعض زملائي لا يزالون متفائلين: فما زلت أحضر اجتماعات يناقش فيها العلماء الجادون سعيهم للحصول علىٰ الرصاصة السحرية المراوغة التي ستسترد بأعجوبة الضبطَ الافتراضي لدوائر الخوف الدماغية (وكأن الكرب الصدمي يشتمل علىٰ دائرة دماغية واحدة فحسب). كما أنني أصف الأدوية في العادة.

لقد تم استخدام كل مجموعة تقريبًا من الأدوية نفسانية التأثير لعلاج جانب ما من اضطراب الكرب التالي للصدمة٥٢؛ كما أُجرِيَتْ دراسات شاملة علىٰ «مثبطات استرداد السيروتونين الانتقائية» -مثل بروزاك، وزولوفت، وإفيكسور وباكسيل- ووجد أن بمقدورها التخفيف من شدة المشاعر وتسهيل إدارة الحياة؛ إذ غالبًا ما يشعر المرضىٰ الذين يتلقون «مثبطات استرداد السيروتونين» بقدر أكبر من الهدوء والسيطرة؛ وغالبًا ما يؤدي إضعافُ شعور الانسحاق إلىٰ تسهيل الانخراط في العلاج. لكن هناك مرضىٰ آخرون تشعرهم مثبطات استرداد

(1) Defense Department's Pharmacoeconomic Center.

السيروتونين بالتبلد - إذ يشعرون أنهم «يفقدون حماسهم ومهارتهم»؛ وإنني لأنظر لهذا الأمر بكونه سؤالًا إمبيريقيًا/تجريبيًا: أي دعونا نرىٰ ما الذي يجدي نفعًا، والمريض وحده هو من بمقدوره الحكم علىٰ ذلك؛ ومن الناحية الأخرىٰ، فإذا لم تُجْدي إحدىٰ المثبطات نفعًا، فإن الأمر يستحق تجربة أخرىٰ، حيث أن جميعها لها تأثيرات مختلفة قليلًا. إن من المثير للاهتمام أن مثبطات استرداد السيروتونين تستخدم علىٰ نطاق واسع لعلاج الاكتئاب، ولكن في دراسة قارنا فيها بروزاك بـ «إعادة المعالجة الذكروية» لدىٰ المرضىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، وكان كثير منهم يعانون أيضًا من الاكتئاب، فقد أثبتت «إعادة المعالجة الذكروية» أنها أكثر فعالية من بروزاك في علاج الاكتئاب٥٣؛ وسأعود إلىٰ هذا الموضوع في الفصل الخامس عشر٥٤.

إن الأدوية التي تستهدف الجهاز العصبي المستقل -مثل بروبرانولول propranolol أو كلونيدين clonidine- يمكن أن تساعد في تقليل فرط التيقظ والتفاعلية تجاه الكرب٥٥؛ إذ تعمل هذه العائلة من الأدوية عن طريق إحصار التأثيرات الجسدية للأدرينالين -الذي هو وقود التيقظ- وبالتالي تقليل الكوابيس، والأرق، والتفاعلية تجاه موقدات الصدمات٥٦؛ وبهذا فيمكن أن يساعد إحصار الأدرينالين في إبقاء الدماغ العقلاني قيد التشغيل وبالتالي إتاحة الخيارات: «هل هذا حقًا ما أريد فعله؟» ومن الجدير بالذكر أنني منذ بدأت في إدماج اليقظة الذهنية واليوغا في ممارستي، قل استخدامي لهذه الأدوية، إلا في بعض الأحيان لمساعدة المرضىٰ علىٰ أن ينعموا بسلام أكبر في نومهم.

يميل المرضىٰ المصدومون إلىٰ الإعجاب بالأدوية المهدئة والبنزوديازيبينات؛ مثل كلونوبن، والفاليوم، وزاناكس، وأتيفان Ativan؛ ومن نواحٍ عديدة، فآلية عمل هذه الأدوية مماثلة للخمر، حيث تُشعر الناس بالهدوء وتمنعهم من القلق (يحب مالكو الكازينوهات العملاء الذين يتلقون البنزوديازيبينات؛ فهم لا ينزعجون حين يخسرون ويواصلون المقامرة). ولكن البنزوديازيبينات، كما الكحول، تؤدي أيضًا إلىٰ إضعاف التثبيطات التي تمنعنا من قول أشياء مؤذية لمحبوبينا؛ ويعزف معظم الأطباء المدنيين عن وصف هذه العقاقير، لأنها ذات

إمكانية إدمان عالية كما قد تعرقل معالجة الصدمات. كما أن المرضىٰ الذين يتوقفون عن تناولها بعد استخدام مطول عادة ما تنتابهم ردود فعل انسحابية تصيبهم بالاهتياج وتزيد من الأعراض التالية للصدمة.

أعطي مرضاي أحيانًا جرعة منخفضة من البنزوديازيبينات لاستخدامها حسب الحاجة، ولكن ليس بما يكفي لتناولها يوميًّا، فيتوجب عليهم اختيار متىٰ يستهلكون إمداداهم الثمين هذا؛ كما أطلب منهم الاحتفاظ بمذكرات لما كان يحدث حين قرروا تناول الحبوب؛ فيمنحنا هذا فرصة لمناقشة الحوادث المحددة التي تسببت بذلك.

أظهرت بعض الدراسات أن مضادات الاختلاج ومثبتات المزاج[1]، مثل الليثيوم أو الفالبروات، يمكن أن يكون لها آثار إيجابية طفيفة، حيث تقلل من فرط التيقظ والهلع٥٧؛ لكن أكثر الأدوية إثارة للجدل هي الجيل الثاني من مضادات الذهان، مثل ريسبيردال وسيروكويل، وهما أضخم الأدوية النفسانية مبيعًا في الولايات المتحدة (١٤,٦ مليار دولار في عام ٢٠٠٨م). أجل، يمكن أن تساعد الجرعات المنخفضة من هذه العوامل في تهدئة المحاربين القدامىٰ والنساء المصابات باضطراب الكرب التالي للصدمة المرتبط بإساءات الطفولة٥٨، ويكون استخدام هذه الأدوية مبررًا أحيانًا، حين يشعر المرضىٰ، علىٰ سبيل المثال، بأنهم خارجون تمامًا عن السيطرة وعاجزون عن النوم أو عندما تفشل الأساليب الأخرىٰ٥٩؛ لكن من المهم أن نضع في اعتبارنا أن هذه الأدوية تعمل عن طريق إحصار نظام الدوبامين، نظام المكافأة الدماغي، الذي يقوم أيضًا بدور موتور اللذة والتحفيز.

تستطيع مضادات الذهان -مثل ريسبيردال، أو أبيليفاي، أو سيروكويل- أن تخمد الدماغ الانفعالي إلىٰ حد كبير وبالتالي تخفف من غضب المرضىٰ أو نرفزتهم، ولكنها تعرقل أيضًا التمكن من تقدير الإشارات الدقيقة الخاصة باللذة، أو الخطر، أو الرضا؛ كما أنها تسبب زيادة في الوزن، وتزيد من احتمال

(١) أدوية تساهم في تقليل احتمالات التذبذب في المزاج. (ح).

الإصابة بمرض السكري، وتصيب المرضىٰ بالخمول الجسدي، مما يزيد من حسهم بالاغتراب. وتستخدم هذه العقاقير علىٰ نطاق واسع لعلاج أطفال الإساءات الذين تم تشخيصهم علىٰ نحو غير صائب بالاضطراب ثنائي القطب أو اضطراب اختلال تنظيم المزاج(1). إن أكثر من نصف مليون طفل ومراهق في أمريكا الآن يتلقون مضادات الذهان، التي قد تهدئهم ولكنها أيضًا تعرقل تعلم المهارات المناسبة للعمر وتكوين الصداقات مع الأطفال الآخرين٦٠؛ وقد اكتشفَت دراسة أجرتها جامعة كولومبيا مؤخرًا أن وصفات العقاقير المضادة للذهان للأطفال الذين لديهم تأمين خاص وتتراوح أعمارهم بين سنتين وخمس سنوات، اكتشفت الدراسة أن هذه الوصفات زادت للضعف بين عامي ٢٠٠٠م و٢٠٠٧م؛٦١ كما أن ٤٠ في المائة منهم فحسب هم من كانوا قد تلقوا تقييمًا صائبًا للصحة النفسية.

من الجدير بالذكر أن شركة الأدوية «جونسون أند جونسون»، بعد أن قدمت عقار ريسبيردال وقبل أن تفقد براءة اختراعها، كانت تقوم بتوزيع مكعبات «ليجو LEGO» منقوش عليها «Risperdal» علىٰ غرف انتظار عيادات نفسانيي الأطفال. إن احتمالَ تلقي أطفال الأسر منخفضة الدخل مضاداتِ الذهان أكبرُ بأربعة أضعاف مقارنة بالأطفال المؤمَّن عليهم من القطاع الخاص؛ كما أن «تكساس ميديكيد» أنفقت في عام واحد فقط مليونَ دولار علىٰ العقاقير المضادة للذهان للمراهقين والأطفال -بما في ذلك ثلاثة أطفال مجهولين تم إعطاؤهم العقاقير قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول٦٢. ولم تكن هناك دراسات حول آثار الأدوية نفسانية التأثير علىٰ نماء الدماغ؛ لكن التفارق، وتشويه الذات، والذكريات المجزأة، وفقد الذاكرة، كل ذلك لا يستجيب عمومًا لأي من هذه الأدوية.

كانت دراسة بروزاك التي ناقشتها في الفصل الثاني هي الدراسة الأولىٰ التي اكتشفت أن المدنيين المصدومين يميلون إلىٰ الاستجابة للأدوية علىٰ نحو أفضل بكثير من المحاربين القدامىٰ٦٣، ومنذ ذلك الحين وجدت الدراسات الأخرىٰ

(1) ?mood dysregulation disorder.

أوجه تضارب مماثلة؛ وفي ضوء ذلك، فمن المثير للقلق أن وزارتي «الدفاع» و«شؤون المحاربين» تصفان كميات هائلة من الأدوية للجنود المقاتلين والمحاربين العائدين، وغالبًا دون تقديم أشكال أخرىٰ من العلاج؛ فبين عامي ٢٠٠١م و٢٠١١م، أنفقت «شؤون المحاربين» حوالي ١,٥ مليار دولار علىٰ سيروكويل وريسبيردال، في حين أنفقت «الدفاع» حوالي ٩٠ مليون دولار خلال نفس الفترة، رغم أن هناك ورقة بحثية نُشرت في عام ٢٠٠١م وأظهرت أن ريسبيردال لم يكن أكثر فعالية من الدواء الغفلي في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة٦٤؛ وبالمثل، فبين عامي ٢٠٠١م و٢٠١٢م، أنفقت «شؤون المحاربين» ٧٢,١ مليون دولار، وأنفقت «الدفاع» ٤٤,١ مليون دولار، علىٰ البنزوديازيبينات٦٥- وهي الأدوية التي يتجنب الأطباء عمومًا وصفها للمدنيين المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة بسبب إمكان إدمانها وعدم وجود فعالية كبيرة في علاج أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة.

صراط التعافي هو صراط الحياة

في الفصل الأول من هذا الكتاب، قدَّمتك إلىٰ مريض اسمه «بيل» الذي التقيت به منذ أكثر من ثلاثين عامًا في فيرجينيا؛ ولقد صار بيل منذ زمن طويل أحد مرضاي الأساتذة، كما أن علاقتنا تمثل أيضًا قصة تطوري في علاج الصدمات.

لقد أدي بيل خدمته العسكرية مُسعِفًا في فيتنام في فترة ١٩٦٧-١٩٧١م، وبعد عودته سعىٰ إلىٰ استغلال مهاراته التي تعلمها في الجيش من خلال العمل في وحدة الحروق بمستشفىٰ محلي، لكن مهنة التمريض أبقته منهكًا، وانفجاريًا، ومتوترًا، ورغم ذلك فلم يكن لديه أي فكرة عن أن هذه المشاكل لها أدنىٰ صلة بما كان قد اختبره في فيتنام؛ فرغم كل شيء، لم يكن تشخيص اضطراب الكرب التالي للصدمة قد ظهر للوجود بعد، ولم تكن الطبقة العاملة الإيرلندية في بوسطن تستشير النفسانيين؛ ثم هدأت كوابيسه وأرقه قليلًا بعد أن ترك التمريض والتحق بمعهد لاهوتي ليصبح قسيسًا، ولم يطلب المساعدة النفسانية إلا بعد ولادة ابنه الأول عام ١٩٧٨م.

لقد أثار بكاءُ الطفل ارتدادات ذكروية عاتية، حيث رأىٰ صور الأطفال المحترقين والمبتورين في فيتنام، وسمع أصواتهم، وشم رائحتهم؛ ولقد أصابه هذا بجموح شديد لدرجة أن بعض زملائي في «شؤون المحاربين» أرادوا وضعه في المستشفىٰ لعلاج ما ظنوا أنه ذهان؛ ورغم ذلك، فحين شرعنا أنا وهو في العمل سويًّا وبدأ يشعر بالأمان معي، انشرح صدره شيئًا فشيئًا للتحدث عما شهده في فيتنام، وبدأ رويدًا رويدًا في إطاقة مشاعره دون الانسحاق منها؛ ولقد ساعده ذلك علىٰ إعادة التركيز علىٰ رعاية أسرته واجتياز تدريب القسيس؛ ثم صار بعد عامين راعيًا في أبرشيته، وشعرنا حينئذ أن عملنا قد تم.

لم أحظ بأي اتصال آخر مع بيل إلىٰ أن هاتفني بعد ثمانية عشر عامًا من التقائي به أول مرة؛ وإذ به يختبر نفس الأعراض التي كانت قد انتابته عقب ولادة طفله مباشرة -الارتدادات ذكروية، والكوابيس المروعة، والشعور بأنه يفقد صوابه. لقد كان هذا الابن قد بلغ لتوه الثامنة عشر، وكان بيل قد رافقه في التسجيل للتجنيد- في نفس الترسانة التي أُرسل منها بيل نفسه إلىٰ فيتنام؛ لكن بحلول ذلك الوقت، كنت أعلم الكثير عن علاج الكرب الصدمي، وتعاملت أنا وبيل مع الذكريات المعينة الخاصة بما رآه وسَمِعه وشمه حين كان في فيتنام، وهي تفاصيل كان مرعوبًا من استرجاعها حين التقينا أول مرة؛ لكننا الآن يمكننا إدماج هذه الذكريات باستخدام «إعادة المعالجة الذكروية»، بحيث تصير قصصًا لشيء حدث منذ زمن طويل بدلًا من الانتقال الفوري إلىٰ جحيم فيتنام. وبمجرد أن شعر بقدر أكبر من الاستقرار، رغب في أن يتعامل مع طفولته: الوحشية التي لاقاها أثناء ترعرعه وشعوره بالذنب بسبب تركه شقيقه الأصغر الفصامي وراء ظهره حين التحق بالخدمة في فيتنام، دون وجود من يحميه من ثورات أبيهما العنيفة.

وكان الموضوع الهام الآخر أثناء عملنا معًا هو الألم اليومي الذي يواجهه بيل بكونه قسيسًا -الاضطرار إلىٰ دفن المراهقين الذين لقوا حتفهم في حوادث السيارات بعد سنوات قليلة فحسب من تعميدهم، أو سقوط الأزواج الذين قام بتزويجهم في أزمة العنف المنزلي؛ ثم بدأ بيل في تنظيم مجموعة دعم لرفقائه من

رجال الدين الذين كانوا يواجهون صدمات مماثلة، وأصبح يمثل قوة هامة في مجتمعه.

ثم بدأ علاجه الثالث بعد خمس سنوات، عندما أصيب بمرض عصبي خطير في سن الثالثة والخمسين؛ حيث كان قد بدأ فجأة في اختبار شلل نَوَائِبِيّ[1] في بضعة أجزاء من جسده، وأخذ في تقبل أنه علىٰ الأرجح سيقضي بقية حياته علىٰ كرسي متحرك؛ فظننتُ أن مشاكله قد تكون بسبب التصلب المتعدد[2]، لكن أطباء الأعصاب لم يتمكنوا من العثور علىٰ آفات محددة، وقالوا إنه لا يوجد علاج لحالته تلك. ولقد أخبرني بيل عن مدىٰ امتنانه لدعم زوجته له، إذ كانت قد قامت بالفعل بترتيب الأمور لإنشاء منحدر للكراسي المتحركة في منزلهم عند مدخل المطبخ.

ولتأملي في مآله القاتم، فقد حثثته علىٰ العثور علىٰ طريقة للشعور التام بالمشاعر الكاربة في جسده ومصادقتها، كما تعلم إطاقة أشد ذكرياته الحربية إيلامًا والتعايش معها؛ واقترحت عليه أن يستشير أخصائي «العلاج بالجسد» الذي عرفني بأسلوب «فيلدنكرايس»، وهو مقاربة عملية لطيفة لإعادة ترتيب الأحاسيس الجسدية وحركات العضلات؛ وحين عاد بيل ليبلغني عن حاله، أعرب عن سروره من زيادة حسه بالسيطرة، فذكرت له أنني نفسي قد بدأت في ممارسة اليوغا منذ فترة وجيزة وأننا قد افتتحنا للتو برنامج يوغا في «تروما سنتر»، ودعوته بأن تكون خطوته التالية هي استكشاف ذلك.

عثر بيل علىٰ صف «يوغا بيكرامية»[3] محلي، وهي ممارسة ساخنة ومكثفة، عادة ما تكون مخصصة للشباب والمفعمين بالنشاط؛ ولقد أحبها بيل بشدة، رغم أن أجزاء من جسده كانت تنهار أحيانًا أثناء الصف؛ وعلىٰ الرغم من إعاقته

(1) episodic paralysis.

(2) multiple sclerosis.

(٣) Bikram yoga، نسبة إلىٰ مبتكرها بيكرام شودري Bikram Choudhury. (المترجم).

الجسدية، إلا أنه اكتسب حسًّا باللذة الجسمية والإحكام، وهو حس لم يشعر به من قبل.

لقد ساعد العلاج النفسي بيل علىٰ وضع خبرة فيتنام المروعة في الماضي، وحينئذ قامت مصادقتُه لجسده بمنعه من محورة حياته حول فقدان السيطرة الجسدية، بل قرر أن يصبح مدرب يوغا معتمَدًا، وبدأ في تدريس اليوغا في الترسانة المحلية، للمحاربين القدامىٰ العائدين من العراق وأفغانستان.

واليوم، بعد عشر سنوات، لا يزال بيل منخرطًا تمام الانخراط في الحياة - بمشاركة أبنائه وأحفاده، وبعمله مع المحاربين القدامىٰ وفي كنيسته؛ كما أنه يتأقلم مع قيوده الجسدية باعتبارها أمرًا مضايقًا ليس إلا؛ ولقد قام حتىٰ الآن بتدريس اليوغا لأكثر من ١٣٠٠ من المحاربين العائدين. ورغم أنه لا يزال من حين لآخر يعاني من ضعف مفاجئ في أطرافه يحتِّم عليه الجلوس أو الاستلقاء؛ إلا أن هذه النوبات -مثل ذكرياته الطفولية والفيتنامية- لا تهيمن علىٰ وجوده؛ إنها ببساطة مجرد جزء من قصة حياته المستمرة والمتطورة.

الفصل الرابع عشر
اللغة
المعجزة والطاغية

عبِّر بحرية عن أشجانك؛ فالأحزان التي لا يعبر اللسان عنها تخاطب القلب الكليم فينفطر لها.

- وليام شكسبير، «مكبث»

رغم أننا بالكاد نطيق النظر إليه، إلا أن الظل يمتلك أفضل ما في الحياة التي لم نعشها. اذهب إلى القبو، العُلِّيَّة، صندوق القمامة؛ وابحث هناك عن الذهب؛ ابحث عن الحيوان الذي لم يطعمه أو يشربه أحد. إنه أنت!! فهذا الحيوان المهمل، المنفي، المتعطش للاهتمام، هو جزء من ذاتك.

- ماريون وودمان Marion Woodman

(كما نقله ستيفن كوب في كتابه The Great Work of Your Life)

في سبتمبر ٢٠٠١م، قامت العديد من المنظمات -بما في ذلك « «المعاهد الوطنية للصحة» »، و«شركة فايزر للأدوية»، و«مؤسسة شركة نيويورك تايمز»- بتنظيم لجان خبراء هدفها التوصية بأفضل العلاجات للأشخاص الذين أصيبوا بصدمات نتيجة الهجمات المشنونة على مركز التجارة العالمي؛ ونظرًا لأن العديد من تدخلات الصدمات المستخدمة على نطاق واسع لم تكن قد خضعت لتقييم دقيق عند الطوائف العشوائية (على عكس المرضى الذين يسعون للحصول على

مساعدة نفسانية)، فقد رأيتُ أن هذا يوفر فرصة استثنائية لمقارنة مدىٰ نجاح مجموعة متنوعة من المقاربات المختلفة؛ لكن زملائي كانوا أكثر تحفظًا، وبعد مداولات مطولة أوصت اللجان بنوعين فقط من الأساليب العلاجية: العلاج الموجَّه بالتحليل النفسي والعلاج السلوكي المعرفي. لماذا العلاج التحليلي الكلامي؟ نظرًا لأن مانهاتن هي أحد آخر معاقل التحليل النفسي الفرويدي، فسيكون من سوء السياسة استبعاد نسبة كبيرة من ممارسي الصحة النفسية المحليين؛ ولماذا العلاج السلوكي المعرفي؟ نظرًا لأن العلاج السلوكي قابل للتقسيم إلىٰ خطوات محددة وقابل للصياغة في هيئة «دليل استخدام» ذي بروتوكولات موحدة، فبذلك يكون هو العلاج المفضل للباحثين الأكاديميين، وهي مجموعة أخرىٰ لا يمكن تجاهلها. وبعد الموافقة علىٰ التوصيات، جلسنا وانتظرنا حتىٰ يجد سكان نيويورك دربهم إلىٰ عيادات المعالجين؛ لكن لدهشتنا، لم يحضر أحد تقريبًا.

كان د. سبنسر إيث Spencer Eth، الذي كان يدير قسم الطب النفسي بمستشفىٰ سانت فنسنت في قرية غرينتش، والتي لم يعد لها وجود الآن، كان فضوليًا بشأن معرفة المكان الذي لجأ إليه الناجون للحصول علىٰ المساعدة، لذا ففي أوائل عام ٢٠٠٢م، قام برفقة بعض طلاب كلية الطب بإجراء مسحٍ شمل ٢٢٥ شخصًا كانوا قد هربوا من برجي مركز التجارة العالمي؛ وعند سؤال الناجين عن الأمر ذي العون الأكبر في تغلبهم علىٰ آثار خبرتهم، عزوا الفضل إلىٰ الوخز الإبري[1]، والتدليك، واليوغا، و«إعادة المعالجة الذكروية»، بهذا الترتيب!؛ كما كان التدليك شائعًا بشكل خاص في حالة عمال الإنقاذ؛ وبهذا يشير استطلاع إيث إلىٰ أن التدخلات الأكبر عونًا كانت تركز علىٰ إزالة الأعباء الجسدية الناجمة عن الصدمة. وإن التباين بين خبرة الناجين وتوصيات الخبراء لهو أمر مثير للاهتمام، ورغم أننا بطبيعة الحال لا نعرف عدد الناجين الذين

---

(١) Acupuncture يعتمد هذا الأسلوب علي الطب الصيني القديم باستخدام إبر توضع وتُحَرَّك في نقاط معينة أو عن طريق تنبيه كهربائي في هذه النقاط، وفي الطب النفسي يستخدم هذا الأسلوب العلاجي في حالات الاكتئاب والإدمان. (ص).

التمسوا في نهاية المطاف مزيدًا من العلاجات التقليدية، إلا أن افتقارهم الشديد إلىٰ الاهتمام بالعلاج الكلامي يثير سؤالًا أساسيًّا: ما فائدة الحديث عن صدمتك؟

الحقيقة التي تضيق الكلمات عن وصفها

المعالجون لديهم إيمان راسخ بقدرة الكلام علىٰ الشفاء من الصدمة، وتعود تلك الثقة إلىٰ عام ١٨٩٣م، حينما كتب فرويد (وناصحُه بروير) أن الصدمة «اختفت فورًا وللأبد حينما نجحنا في إبانة ذكرىٰ الحدث المسببة له واستدعاء وجدانها المصاحب، وحين وصف المريض هذا الحدث بأكبر قدر ممكن من التفصيل وصاغ الوجدان في كلمات»٢.

وللأسف، فليس الأمر بهذه البساطة: إذ يكاد يكون من المستحيل صياغة الأحداث الصدمية في كلمات، ويصدق هذا علينا جميعًا، وليس فقط علىٰ الذين يعانون من اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ إذ أن الآثار الأولية لأحداث ١١ سبتمبر لم تكن قصصًا وإنما صورًا: أناس مذعورون يركضون في الشارع، يغطي وجوههم الرماد؛ واصطدام طائرة بالبرج الأول؛ والبقع البعيدة التي تمثل الناس وهم يقفزون يدًا بيد. لقد أعيد تشغيل تلك الصور مرارًا وتكرارًا، في أذهاننا وعلىٰ شاشة التلفاز، إلىٰ أن ساعدنا العمدة جولياني[1] ووسائل الإعلام علىٰ إنشاء سرد يمكننا مشاركته مع بعضنا.

في كتابه «أعمدة الحكمة السبعة»، كتب توماس لورانس **T. E, Lawrence** عن خبراته الحربية: «لقد تعلمنا أنه كانت هناك آلام شديدة الحدة، وأحزان شديدة العمق، ونشوات شديدة العلو، يتعذر علىٰ ذاتنا المحدودة تدوينها؛ إذ حينما كان الوجدان يصل إلىٰ هذه الدرجة، كان العقل يصاب باختناق؛ وتغدو الذاكرة صفحة بيضاء حتىٰ تعود الظروف مملة مرة أخرىٰ»٣. ورغم أن الصدمة تصعقنا بحيث يستغلق الكلام علينا، إلا إن طريق الخروج منها مرصوف بالكلمات، المجمعة بعناية، قطعة قطعة، حتىٰ يتم الكشف عن القصة بأكملها.

---

(١) الحاكم السابق لمدينة نيويورك. (المترجم).

كسر حاجز الصمت

لقد قام النشطاء في الحملة الأولىٰ للتوعية بمرض الإيدز بابتكار شعار قوي: «الصمت = الموت»، وكذلك الصمت عن الصدمة يؤدي أيضًا إلىٰ الموت - موت الروح؛ إذ يعزز الصمت العزلة الموحشة الناجمة عن الصدمة؛ ولذلك فاقتدارك علىٰ الجهر لإنسان آخر بقول: «لقد تعرضت للاغتصاب»، أو «لقد ضربني زوجي»، أو «لقد كان أبواي يسميانه تأديبًا، لكنه كان انتهاكًا وإساءة معاملة»، أو «أنا عاجز عن مواكبة الأمور منذ رجوعي من العراق»، إن اقتدارك علىٰ ذلك لهو علامة علىٰ أن عملية الشفاء يمكن أن تبدأ.

قد نظن أن بمقدورنا السيطرة علىٰ حزننا، أو رعبنا، أو خزينا بالتزام الصمت، لكن التسمية توفر إمكانية وجود نوع مختلف من السيطرة؛ فحين كُلِّف «آدم» بمسؤولية مملكة الحيوانات في «سفر التكوين»، كان أول عمل له هو إعطاء اسم لكل كائن حي.

إذا أصبت بأذىٰ، فأنت بحاجة إلىٰ الاعتراف بما حدث لك وتسميته، وإني لأعلم هذا من خبرتي الشخصية: إذ طيلة الفترة التي لم أجد فيها بقعة أستطيع من خلالها السماح لنفسي بإدراك ما كان عليه الحال حين حبسني والدي في قبو منزلنا لارتكاب جرائم مختلفة في عمر الثلاث سنوات، طيلة تلك الفترة كان ذهني مشغولًا علىٰ نحو مزمن بتعرضي للنفي والهجر؛ لكن حين استطعت التحدث عن شعور هذا الطفل الصغير، فقط حين استطعت أن أعفو عنه عما بدر منه من خوف وخضوع حينها، حينها بدأت في الاستمتاع بلذة صحبتي لنفسي. إن شعور المرء بأنه مسموع ومفهوم يغير من فسيولوجيا جسده؛ فالاقتدار علىٰ التعبير عن شعور معقد، وتمييز الآخرين لمشاعرنا، ذلك يضيء دماغنا الحوفي ويخلق «لحظة استنارة»؛ وعلىٰ النقيض من ذلك، فالصمت وعدم الفهم يقتل الروح، أو كما صاغها جون بولبي بطريقة لا تُنسىٰ: ما لا يمكن إخبار الأم/الآخر به لا يمكن إخبار الذات به.

إذا أخفيت عن نفسك حقيقة أن خالًا تحرش بك في صغرك، فأنت عرضة للتفاعل مع الموقدات كحيوان داخل عاصفة رعدية: باستجابة جسدية كلية للهرمونات التي تشير إلىٰ «الخطر»، وبدون اللغة والسياق، قد يقتصر وعيك علىٰ: «أنا خائفة»؛ ورغم ذلك، فبإصرارك علىٰ الإبقاء علىٰ السيطرة، يترجح أن تتجنب أي شخص أو أي أمر يذكرك بصدمتك ولو كان سبب تذكيره مبهمًا؛ كما قد تتذبذب أيضًا بين كونك مكبوحًا ومتوترًا، أو تفاعليًّا وانفجاريًّا - وكل ذلك دون علم السبب.

ما دمت كاتمًا للأسرار وحاجبًا للمعلومات، فأنت في الأساس في حالة حرب مع نفسك؛ إذ أن إخفاء مشاعرك الجوهرية يتطلب قدرًا هائلًا من الطاقة، كما أنه يوهن دافعيتك لتحقيق الأهداف القيِّمة، ويتركك شاعرًا بالضجر والانطفاء؛ وفي هذه الأثناء، تواصل الهرمونات الكربية غمر جسمك، مما يؤدي إلىٰ الصداعات، والآلام العضلية، ومشاكل الأمعاء أو الوظائف الجنسية - بالإضافة إلىٰ سلوكيات غير عقلانية قد تحرجك وتؤذي المحيطين بك. ولكن بعد تحديد مصدر هذه الاستجابات، حينها فقط يمكنك البدء في استخدام مشاعرك كإشارات علىٰ وجود مشاكل تتطلب اهتمامك العاجل.

كما أن تجاهل الواقع الداخلي يقضي علىٰ حسك بذاتك، وهويتك، وغرضك، فلقد قامت الباحثة النفسية الإكلينيكية إدنا فوا Edna Foa وزملاؤها بابتكار «مخزون المعارف التالية للصدمة»[١] لتقييم كيف ينظر المرضىٰ لأنفسهم؛ ووجدت أن أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة غالبًا ما تتضمن عبارات مثل: «أشعر أني ميت بالداخل»، و«لن أتمكن أبدًا من الشعور بالعواطف العادية مرة أخرىٰ»، و«لقد تغيرت للأسوأ تغيرًا أبديًّا»، و«أشعر أنني شيء، لا أنني شخص»، و«لا مستقبل لدي»، و«أشعر أنني لم أعد أعرف نفسي».

القضية الحاسمة هي السماح لنفسك بعلم ما تعلمه، وهذا يتطلب شجاعة هائلة، ففي كتاب «ما معنىٰ أن تذهب إلىٰ الحرب»[٢]، يتصارع محاربٌ فيتنام

(1) Posttraumatic Cognitions Inventory.

(2) What It Is Like to Go to War.

القديمُ كارلُ مارلانتس Karl Marlantes مع ذكرياته المتعلقة بانتمائه لوحدة قتالية بارعة ويجابه الانقسام الفظيع الذي اكتشفه داخل نفسه:

«ظللت لسنوات عديدة غير واعٍ بالحاجة إلىٰ الشفاء من هذا الانقسام، ولم يكن هناك أحد -عقب عودتي- ليوضح هذا الأمر لي . . . لماذا افترضت أن هناك شخصًا واحدًا فحسب بداخلي؟ . . . هناك جانب مني يحب البتر، والقتل، والتعذيب، لكن جانبي هذا ليس كلي؛ إذ لدي مكونات أخرىٰ هي في الحقيقة نقيض ذلك تمامًا، وأنا فخور بها.

إذن هل أنا قاتل؟ لا، ولكن جانبًا مني كذلك؛ هل أنا معذِّب؟ لا، ولكن جانبًا مني كذلك؛ هل أشعر بالرعب والحزن حينما أقرأ في الصحف عن طفل تعرض لإساءة المعاملة؟ أجل؛ لكن هل أنا منبهر بذلك؟»[٥].

يخبرنا مارلانتس أن صراطه إلىٰ التعافي تطلَّب تعلم الإخبار بالحقيقة، حتىٰ لو كانت هذه الحقيقة مؤلمة إلىٰ حد بشع.

إن الموت، والدمار، واللوعة، كل ذلك يكون بحاجة إلىٰ تبرير دائم عند غياب معنىٰ أسمىٰ ما للمعاناة، ويشجع انعدام هذا المعنىٰ الأسمىٰ علىٰ اختلاق الأمور، والكذب، لملء الهوة الموجودة في المعنىٰ[٦].

«لم أتمكن قط من إخبار أحد بما كان يعتمل داخلي، لذلك أجبرت هذه الصور علىٰ التراجع، بعيدًا، لسنوات عديدة؛ ولم أشرع في إعادة إدماج جانب الخبرة المنقسم هذا إلا بعد أن بدأت حقًّا في تصور ذلك الطفل بصفته طفلًا، طفلي ربما؛ بعد ذلك، اندلع هذا الحزن الساحق -وانبثق فجر الشفاء. ينبغي أن يكون إدماج المشاعر- كالحزن، أو الحنق، أو كل ما سبق - في الفعل إجراءً عمليًّا قياسيًّا لجميع الجنود الذين ارتكبوا قتلًا وجهًا لوجه، ولا يتطلب هذا الأمر أي تدريب نفسي معقد؛ فما عليك سوىٰ أن تشكِّل مجموعات ترأسها فرقة زميلة أو عضو فصيلة تلقىٰ لبضعة أيام فحسب تدريبًا لقيادة المجموعات، وأن تشجع الناس علىٰ التكلم»[٧].

إن الحصول علىٰ منظور إزاء رعبك ومشاركته مع الآخرين يمكن أن يعيد تشييد شعورك بأنك عضو في الجنس البشري؛ إذ عقب انضمام قدامىٰ الحرب الفيتنامية الذين عالجتهم إلىٰ مجموعة علاجية حيث يمكنهم مشاركة الفظائع التي شهدوها وارتكبوها، أفادوا أنهم بدأوا يفتحون قلوبهم لخليلاتهم.

معجزة اكتشاف الذات

إن اكتشاف ذاتك في اللغة دائمًا ما يكون عيد تَجَلٍّ وانكشاف، حتىٰ لو كان البحث علىٰ الكلمات التي تصف واقعك الداخلي عملية موجعة، ولهذا أجد وصف هيلين كيلر Helen Keller عن كيف أنها «خرجت من الرحم إلىٰ عالم اللغة»٨ وصفًا ملهمًا للغاية.

حين كانت هيلين تبلغ من العمر تسعة عشر شهرًا وشرعت للتو في الحديث، سلبتها عدوىٰ فيروسية سمعها وبصرها، والآن بتحولها إلىٰ صماء، وعمياء، وبكماء؛ تحولت هذه الطفلة المفعمة بالحب والحيوية إلىٰ مخلوق جامح ومنعزل؛ وبعد خمس سنوات يائسة، قامت عائلتها بدعوة المدرِّسة شبه العمياء آن سوليفان Anne Sullivan، للحضور من بوسطن إلىٰ بيتهم في ريف ألاباما لتكون معلمة هيلين الخاصة؛ فبدأت آن علىٰ الفور في تعليم هيلين الأبجدية اليدوية، وتهجئة الكلمات داخل يدها حرفًا حرفًا، لكن الأمر استغرق عشرة أسابيع من محاولة الاتصال بهذه الطفلة الجامحة كي تحدث الطفرة المبهرة؛ وذلك حينما كتبت آن كلمة «ماء» في إحدىٰ يدي هيلين وهي مثبتة اليد الأخرىٰ تحت طلمبة المياه.

استرجعت هيلين لاحقًا تلك اللحظة في كتابها «قصة حياتي» The Story of My Life: «ماء! لقد زعقت تلك الكلمة بروحي، فاستيقظَت، مفعمة بروح الصباح .... فحتىٰ ذلك اليوم كان ذهني غرفة مظلمة، منتظرًا الكلمات أن تدخل وتوقد المصباح، الذي هو الفكر؛ ولقد تعلمت في ذلك اليوم كلمات عظيمة كثيرة»(١).

(١) في ترجمتي لهذا النص استعنت بترجمة «محمد وهدان» للكتاب المذكور.

إن تعلم أسماء الأشياء مكّن الطفلة من خلق تمثيل داخلي للواقع المادي غير المرئي وغير المسموع المحيط بها، وليس هذا فحسب، فقد مكّنها أيضًا من العثور على نفسها: إذ بعد ستة أشهر بدأت في استخدام ضمير المتكلم «أنا».

تذكرني قصة هيلين بالأطفال المنتهكين والمهملين، المتسمين بالتمرد وانعدام التواصل، الذين نراهم في برامج العلاج الإقامي الخاصة بنا؛ إذ قبل أن تكتسب هيلين اللغة، كانت حيرانة ومتمركزة حول ذاتها؛ فإذا نظرنا إلى الوراء، نجد أنها أطلقت على هذا المخلوق اسم «شبح». وحقًّا، يظل أطفالنا أشباحًا إلى أن يتمكنوا من اكتشاف من هم ويشعرون بالأمان الكافي لتوصيل ما يجري بداخلهم للآخرين.

وفي كتاب لاحق، وهو «العالم الذي أعيش فيه» The World I Live In، وصفت كيلر خروجها من الرحم إلى عالم الهوية الفردية: «قبل أن تأتي معلمتي إلي، كنت أجهل أنني كذلك. لقد كنت أعيش في عالم عديم العالم .... لم يكن لدي إرادة ولا ذهن .... وإنني لأستطيع تذكر كل ذلك، ليس لأنني كنت واعية آنذاك بحالتي هذه، ولكن لأنني لدي ذاكرة لمسية؛ تمكنني من تذكر أنني قبل مجيئها لم أُقطّب جبهتي قط أثناء فعل التفكير»٩.

لم يمكن أن تشارك هيلين ذكرياتها «اللمسية» -تلك الذكريات المبنية على اللمس فقط-، لكن اللغة فتحت إمكانية الانضمام إلى المجتمع؛ ففي سن الثامنة، حينما ذهبت هيلين مع آن إلى «معهد بيركنز للمكفوفين»[1] في بوسطن (حيث تدربت سوليفان نفسها)، اقتدرت على التواصل مع الأطفال الآخرين لأول مرة، ووصفت ذلك بقولها: «أوه، يا لها من سعادة!»؛ «أن تتكلم بحرية مع الأطفال الآخرين! أن تشعر أنك في بيتك داخل العالم الرائع!».

إن اكتشاف هيلين للّغة بمساعدة آن سوليفان يجسد جوهر العلاقة العلاجية: العثور على الكلمات بعد أن كانت غائبة، ومن ثم، الاقتدار على مشاركة ألمك العميق ومشاعرك العميقة مع إنسان آخر؛ وهذه إحدى أعمق الخبرات التي يمكن

---

(1) Perkins Institution for the Blind.

أن نحظىٰ بها، فهذا الرنين، الذي يتيح اكتشاف الكلمات التي لم تنطق حتىٰ الآن، والتفوه بها، وتلقيها، هو أمر أساسي للشفاء من عزلة الصدمة - خاصةً إذا كنا قد لاقينا تجاهلًا وإسكاتًا من الآخرين؛ فالتواصل التام هو نقيض الانصدام.

الدراية بنفسك أم حكي قصتك؟ نظام الوعي المزدوج الخاص بنا.

رغم كل ذلك، فأي شخص يدخل العلاج الكلامي سرعان ما يصطدم بقيود اللغة، وقد كان هذا منطبقًا علىٰ التحليل النفسي الذي خضعت له؛ فرغم أن التكلم سهل عليّ وبمقدوري سرد القصص الشيقة، إلا أنني سرعان ما أدركت مدىٰ صعوبة أن أشعر بمشاعري بعمق وأبلغ شخصًا آخر عنها في آن واحد؛ فحين كنت أتصل بأشد لحظات حياتي حميمية، أو أشدها ألما أو إرباكًا، فغالبًا ما كنت أجد نفسي أمام خيارين: إما أن أركز علىٰ معاودة عيش المشاهد القديمة داخل ذهني والسماح لنفسي بالشعور بما كنت قد شعرت به آنذاك، وإما أن أصوغ لمحللي ما كان قد حدث صياغة منطقية ومتماسكة. وحينما كنت أختار الأخير، سرعان ما كنت أفقد الاتصال بنفسي وأبدأ في التركيز علىٰ رأيه هو فيما أخبره به؛ وكانت أدنىٰ أمارة منه بالشك أو الحكم تصيبني بالانطفاء، وحينئذ كنت أحول انتباهي إلىٰ استعادة استحسانه.

منذ ذلك الحين، أظهرت أبحاث علم الأعصاب أننا نمتلك شكلين مختلفين من الوعي الذاتي: أحدهما يتتبع الذات عبر الزمن والآخر يدون الذات في اللحظة الراهنة. أما الأول فهو ذات السيرة الذاتية، وهو يخلق روابط بين الخبرات ويجمعها في قصة متماسكة؛ وهذا النظام يضرب بجذوره في اللغة، كما تتغير قصصنا مع الحكي، ومع تغير منظورنا، وحين ندرج مدخلات جديدة.

أما النظام الآخر فهو الوعي الذاتي اللحظي، وهو يقوم أساسًا علىٰ أحاسيسنا الجسدية، ولكن إذا كنا شاعرين بالأمان ولم نكن علىٰ عجلة، يمكننا أن نجد كلمات لتوصيل تلك الخبرة أيضًا. ووسيلتا المعرفة هاتان تعملان داخل أجزاء دماغية مختلفة ومنفصلة إلىٰ حد كبير عن بعضها بعضًا١٠؛ ولا يمكن لشيء

إحداث تغيير في الدماغ الانفعالي سوىٰ النظام المكرس للوعي الذاتي، المستند إلىٰ القشرة أمام الجبهية الإنسية.

في مجموعات المحاربين القدامىٰ العلاجية التي كنت أديرها، كنت أستطيع أحيانًا رؤية هذين النظامين يعملان جنبًا إلىٰ جنب؛ إذ كان الجنود يروون حكايات مروعة عن الموت والدمار، لكنني كنت ألاحظ أن أجسادهم في أكثر الأحيان تشع في نفس الوقت حسَّ الفخر والانتماء؛ وبالمثل، يخبرني العديد من المرضىٰ عن العائلات السعيدة التي ترعرعوا بداخلها إلا أن أجسادهم تكون في ذات الوقت منهارة كما يبدو القلق والتوتر في أصواتهم. ويمكننا القول إن أحد النظامين يخلق قصة للعامة، وإذا روينا تلك القصة مرات عديدة بما فيه الكفاية، فمن المرجح أن نبدأ في الاعتقاد بأنها تحتوي علىٰ الحقيقة الكاملة؛ لكن النظام الآخر يدون حقيقة مختلفة: كيف نختبر الموقف في أعماقنا، وهذا النظام الثاني هو الذي يتوجب علينا ولوجه، ومصادقته، واسترضاؤه.

في الآونة الأخيرة، قمت أنا ومجموعة من الأطباء النفسيين المقيمين بإجراء مقابلة في مستشفاي التعليمي مع شابة مصابة بصرع الفص الصدغي وتخضع للتقييم عقب محاولة الانتحار؛ فسألها الأطباء المقيمون أسئلة قياسية حول أعراضها، والأدوية التي تتناولها، وعن عمرها حين تلقت تشخيصها، وما الذي دفعها إلىٰ قتل نفسها؛ وأجابت بنبرة رتيبة وواقعية: إنها كانت في الخامسة من العمر حين تم تشخيص حالتها، وأنها فكرت في الانتحار لأنها كانت قد فقدت وظيفتها؛ وتعلم أنها تعيش حياة مزيفة؛ وتشعر بأنها عديمة القيمة. ولسبب ما سألها أحد الأطباء المقيمين عما إذا كانت قد تعرضت لانتهاك جنسي، لكن هذا السؤال فاجأني: إذ لم تكن قد أعطتنا أي مؤشر علىٰ أنها تعاني من مشاكل في الحميمية أو النشاط الجنسي، وتساءلت ما إذا كان هذا الطبيب يسعىٰ وراء أجندة خاصة.

ورغم ذلك، فلم تفسر القصة التي سردتها مريضتنا سبب انهيارها بعد فقدان وظيفتها، لذلك سألتها كيف كان حال تلك الفتاة ذات الخمس سنوات حين أخبروها أن هناك خللًا ما في دماغها؛ ولقد أجبرها ذلك السؤال علىٰ مراجعة

نفسها؛ إذ لم يكن لديها سيناريو جاهز لهذا السؤال؛ فأخبرتنا بنبرة خافتة أن أسوأ جزء في أمر تشخيصها هو أن والدها إثر ذلك أمات علاقته بها: «صرت في نظره طفلةً معيبة»، وقالت أنها لم تجد دعمًا من أحد، لذا توجب عليها أن تدبر أمورها بنفسها.

ثم سألتها عن شعورها في الوقت الراهن تجاه تلك الصبية الصغيرة التي تم تشخيصها حديثًا بالصرع والتي تُركت بمفردها، لكن بدلًا من أن تنتحب علىٰ سقوطها في الموحدة النفسية أو الغضب من غياب الدعم، قالت بنبرة شديدة الصلابة: «لقد كانت فتاة غبية، ومتذمرة، واعتمادية؛ وتوجب عليها فعل شيء ما تجاه تلك الأزمة وتقبل الحقيقة المرة». لقد كان من الواضح أن هذا الشغف نابع من جانبها الذي سعىٰ ببسالة إلىٰ التعامل مع محنتها، فسَلَّمتُ لها بأنه علىٰ الأرجح قد ساعدها علىٰ النجاة آنذاك؛ ثم طلبت منها أن تسمح لتلك الفتاة الخائفة والمهجورة أن تخبرها عن حالها حين كانت وحيدة تمامًا، في محنة مرضها التي فاقمها رفض أسرتها لها؛ وإذ بها تجهش في البكاء، ثم ظلت صامتة مدة طويلة حتىٰ قالت أخيرًا: «لا، هي لم تكن تستحق ذلك؛ كان يجب أن تتلقىٰ الدعم؛ كان يجب علىٰ شخص ما أن يعتني بها»؛ ثم أدارت دفة الحديث مرة أخرىٰ وأخبرتني بفخرٍ عن إنجازاتها - مقدار ما حصَّلته رغم غياب الدعم. وبهذا تكون القصة العامة والخبرة الداخلية قد اجتمعتا أخيرًا.

الجسم هو الجسر

تخفف قصص الصدمة من عزلة الصدمة، وتقدم تفسيرًا لسبب معاناة الناس بالكيفية التي يعانون بها؛ كما تسمح للأطباء بتقديم التشخيصات، حتىٰ يتمكنوا من تناول المشاكل المختلفة مثل الأرق، والحنق، والكوابيس، أو الخدر. كما يمكن أن توفر القصص للناس هدفًا لإلقاء اللوم عليه. اللوم سمة بشرية عمومية تساعد الناس علىٰ الشعور بالارتياح حين شعورهم بالاستياء، أو كما اعتاد أستاذي القديم إلفِن سيمراد أن يقول: «الكراهية تدير عجلة العالم» لكن القصص

تحجب أيضًا قضية أشد أهمية، وهي أن الصدمة تغير الناس تغييرًا جذريًا: أنهم في الحقيقة لم يعودوا «أنفسهم».

يصعب للغاية صياغة هذا الشعور بأنك لم تعد نفسك في كلمات؛ فلقد تطورت اللغة أساسًا لمشاركة «الأشياء الخارجية»، وليس لتوصيل مشاعرنا الداخلية، باطننا، إلىٰ الآخرين (مرة أخرىٰ، إن مركز اللغة الدماغي منفصل عن المركز المنوط باختبار الذات كانفصال الشمس عن كوكب الأرض). إن قدرة معظم الناس علىٰ وصف شخص آخر هي أكبر من قدرتهم علىٰ وصفهم أنفسهم، وكما سمعت ذات مرة الأخصائي النفسي بجامعة هارفارد جيروم كاغان Jerome Kagan يقول: «يمكن تشبيه مهمة وصف معظم الخبرات الخاصة بنزولك إلىٰ قاع بئر عميق لالتقاط قطع كريستالية صغيرة هشة مرتديًا قفازات جلدية سميكة[11]».

يمكننا تجاوز تعدد معاني الكلمة الواحدة بإشراك نظام ملاحظة الذات المستند إلىٰ الجسم، والذي يتحدث من خلال الأحاسيس، ونبرة الصوت، وتوترات الجسد. إن الاقتدار علىٰ إدراك الأحاسيس الحشوية هو الركيزة الأساسية التي يقوم عليها الوعي الانفعالي[12]. إذا أخبرني مريض أنه كان في الثامنة من عمره حينما هجر والده الأسرة، فمن المرجح أن أتوقف وأطلب منه مراجعة نفسه: ماذا يحدث بالداخل حين يخبرني عن ذلك الصبي الذي لم ير والده مرة أخرىٰ قط؟ أين تم تدوين هذا الأمر في جسده؟ حينما تُنشِّط مشاعرك الغريزية وتنصت إلىٰ انفطار قلبك، حين تتبع المسارات الحسية الحشوية المؤدية إلىٰ أعمق ثنايا نفسك، حينئذ تبدأ الأمور في التغير.

الكتابة إلىٰ نفسك

توجد طرق أخرىٰ لولوج عالم مشاعرك الداخلي، وإحدىٰ أقوىٰ الطرق فعالية هي الكتابة؛ ولطالما سكب معظمنا مكنونات قلبه في رسائل غاضبة، أو اتهامية، أو حزينة، أو شجية بعد أن خاننا الناس أو هجرونا؛ إذ يشعرنا ذلك بالارتياح في كل الأحوال تقريبًا، حتىٰ لو لم نرسلها أبدًا. حينما تكتب إلىٰ

نفسك، لا تكون مضطرًا لأن تقلق بشأن أحكام الآخرين - فأنت تستمع فقط إلىٰ أفكارك الخاصة وتَدَعُ انسيابها يتولي السيطرة. ولاحقًا، حينما تعيد قراءة ما كتبته، فغالبًا ما تكتشف حقائق مدهشة.

بصفتنا أعضاء فاعلين في المجتمع، نجد أن من المفترض أن نتحلىٰ بـ «البرودة» في تفاعلاتنا اليومية وأن نخضع مشاعرنا للمهمة التي أمامنا. وحينما نتحدث مع شخص لا نشعر معه بالأمان التام، يتفعل مُعَدِّلُنا الاجتماعي ليكون في حالة التأهب القصوىٰ ويتنشط وضع الاحتراز. لكن الكتابة مختلفة؛ فإذا طلبت من معَدِّلك أن يتركك بمفردك لفترة من الوقت، فستظهر أشياء لم تكن لديك أدنىٰ فكرة عن وجودها؛ كما تكون لديك الحرية في دخول نوع ما من حالة الغيبة حيث يصنع قلمك (أو لوحة مفاتيحك) قناة لأي شيء ينبثق من الداخل؛ حينئذ تستطيع وصل أجزاء الملاحظة الذاتية بالأجزاء السردية الدماغية دون القلق بشأن الاستقبال الذي ستلاقيه.

في الممارسة المسماة بالكتابة الحرة، يمكنك استخدام أي جسم باعتباره اختبار رورشاخ الشخصي الخاص بك من أجل دخول تيار الترابطات؛ ما عليك سوىٰ كتابة أول ما يتبادر إلىٰ ذهنك حين تنظر إلىٰ الجسم الذي أمامك ثم تواصل فعل ذلك دون أن تتوقف، أو تعيد القراءة، أو تشطب. وقد تؤدي الملعقة الخشبية الموضوعة علىٰ المنضدة إلىٰ إثارة ذكريات صنع صلصة طماطم مع جدتك - أو تعرضك للضرب في طفولتك. قد يأخذك إبريق الشاي الذي تناقلته الأجيال المتتالية في التعرج إلىٰ أقصي أطراف ذهنك حيث أحبائك الذين فقدتهم أو العطلات العائلية التي كانت مزيجًا من الحب والخلاف. وعما قريب ستظهر صورة، ثم ذكرىٰ، ثم فقرة لتسجيلها. وأيًّا ما يحضر علىٰ الورق سيكون مظهرًا من مظاهر الترابطات التي تخصك خصوصًا فريدًا.

غالبًا ما يجلب مرضاي قطعًا متفرقة من الكتابات والرسومات المتعلقة بالذكريات التي قد لا يكونون علىٰ استعداد لمناقشتها بعد، ومن المرجح أن تؤدي القراءة الجهرية لمحتواها إلىٰ سحقهم، لكنهم يريدونني أن أكون علىٰ وعي بما يتصارعون معه. حينئذ أخبرهم عن مدىٰ تقديري لشجاعتهم في سماحهم

لأنفسهم باستكشاف الجوانب المخفية حتىٰ الآن من أنفسهم وفي ائتمانهم لي عليها. وهذه التواصلات المبدئية توجه خطتي العلاجية؛ فعلىٰ سبيل المثال، تساعدني علىٰ تحديد ما إذا كان يجب إضافة المعالجة الجسدية[1]، أو الارتجاع العصبي/ أو «إعادة المعالجة الذكروية» إلىٰ عملنا الحالي.

علىٰ حد علمي، فقد تم إجراء أول اختبار منهجي لقوة اللغة في تخفيف الصدمات في عام ١٩٨٦م، حينما قام جيمس بينبيكر **James Pennebaker** بجامعة تكساس في مدينة أوستن بتحويل صف «المدخل لعلم النفس» إلىٰ مختبر تجريبي. وبدأ بينبيكر باحترام سليم لأهمية الكبح، وإسرار الأمور داخل نفسك، واعتبر أن ذلك هو غراء الحضارة١٣؛ لكنه افترض أيضًا أن الناس يدفعون ثمنًا لسعيهم إلىٰ قمع وعيهم بوجود الفيل داخل الغرفة.

بدأ بمطالبة كل طالب بتحديد خبرة شخصية عميقة يجد أنها شديدة الإكراب أو صادمة، ثم قسم الصف إلىٰ ثلاث مجموعات: يكتب أفراد الأولىٰ عما يجري حاليًا في حياتهم؛ ويكتب أفراد الثانية عن تفاصيل الحدث الصدمي أو المكرب؛ ويروي أفراد الثالثة حقائق الخبرة، ومشاعرهم وانفعالاتهم تجاهها، وتأثير هذا الحدث علىٰ حياتهم كما يظنون. وظل جميع الطلاب يكتبون لمدة خمسة عشر دقيقة لأربعة أيام متتالية أثناء جلوسهم بمفردهم في حجرة صغيرة معزولة بمبنىٰ علم النفس.

لقد أخذ الطلاب هذه الدراسة علىٰ محمل الجد؛ كما كشف العديد منهم عن أسرار لم يخبروا بها أحدًا قبلًا؛ وغالبًا ما كانوا يبكون أثناء كتابتهم، كما أَسَرَّ كثيرون منهم إلىٰ مساعدي المساق بأن هذه الخبرات كانت مستحوذة علىٰ تفكيرهم. ومن بين الـ٢٠٠ مشارك، كتب ٦٥ عن صدمة طفولة. ورغم أن وفاة أحد أفراد الأسرة كانت الموضوع الأكثر شيوعًا، فقد أبلغ ٢٢ في المائة من النساء و١٠ في المائة من الرجال عن صدمة جنسية قبل سن السابعة عشرة.

---

(1) somatic processing.

سأل الباحثون الطلاب عن صحتهم واندهشوا من كثرة المرات التي أبلغ فيها الطلاب تلقائيًا عن تاريخ من المشاكل الصحية الكبرىٰ والصغرىٰ: السرطان، ارتفاع ضغط الدم، القُرحات، الأنفلونزا، الصداعات، وآلام الأذن١٤. كما أن من أبلغوا عن خبرة جنسية صدمية في طفولتهم كانوا قد أُدخلوا في المستشفىٰ بمتوسط ١,٧ يومًا في العام السابق - وهو ضعف معدل الآخرين تقريبًا.

ثم قارن الفريق عدد المرات التي زار فيها المشاركون المركز الصحي الطلابي خلال الشهر السابق للدراسة بعدد الزيارات في الشهر التالي لها. وكان من الواضح أن المجموعة التي كتبت عن الحقائق والعواطف المتعلقة بصدماتهم كانت صاحبة الانتفاع الأكبر: انخفضت زياراتهم للأطباء بنسبة ٥٠ في المائة مقارنة بالمجموعتين الأخريين. وبهذا فقد أدت كتابتهم عن أعمق أفكارهم ومشاعرهم المتعلقة بالصدمات إلىٰ تحسين مزاجهم وأسفرت عن توجهٍ نفسي أكثر تفاؤلًا وصحةٍ جسدية أفضل.

حينما طُلب من الطلاب أنفسهم تقييم الدراسة، ركزوا علىٰ كيف أنها رفعت من فهمهم لذاتهم: «لقد ساعدتني علىٰ التفكير فيما كنت أشعر به خلال تلك الأوقات. فقبل هذا الدراسة لم أدرك قط كيف كان تأثيرها عليّ». «لقد توجب علي التفكير وحل الخبرات السابقة، وكانت إحدىٰ نتائج التجربة هي السلام النفسي. فلقد ساعدني وجوب الكتابة عن الانفعالات والمشاعر علىٰ فهم شعوري وسببه١٥».

وفي دراسة لاحقة، طلب بينبيكر من نصف أفراد مجموعة مكونة من اثنين وسبعين طالبًا أن يتحدثوا في مسجِّل صوتي عن أكبر خبرة صدمية في حياتهم؛ في حين طلب من النصف الآخر أن يصفوا خططهم الخاصة ببقية اليوم. وأثناء تحدثهم، راقب الباحثون ردود فعلهم الفسيولوجية: ضغط الدم، ومعدل النبض، وتوتر العضلات، ودرجة حرارة اليد١٦. وكانت لهذه الدراسة نتائج مماثلة: إن الذين سمحوا لأنفسهم بأن يشعروا بعواطفهم أظهروا تغيرات فسيولوجية كبيرة، فورية وطويلة الأمد. وأثناء اعترافاتهم، ارتفع ضغط الدم، ومعدل النبض، والوظائف المستقلة/ اللاإرادية الأخرىٰ، ولكن بعد ذلك انخفض تيقظهم إلىٰ

مستوىً أقل مما كان عليه حين بداية الدراسة، كما ظل الانخفاض في ضغط الدم مرصودًا بعد ستة أسابيع من انتهاء التجربة.

من المقبول الآن علىٰ نطاق واسع أن الخبرات المكربة -سواء الطلاق أو الامتحانات النهائية أو الوحدة- لها تأثير سلبي علىٰ وظيفة المناعة، ولكن هذا كان مفهومًا مثيرًا للجدل إلىٰ حد كبير في زمن دراسة بينبيكر. وبناءً علىٰ بروتوكولاته، قام فريق من الباحثين من كلية طب جامعة ولاية أوهايو بمقارنة مجموعتين من الطلاب كتبت إحداهما عن صدمة شخصية والأخرىٰ عن موضوع سطحي١٧. ومجددًا، قل معدل زيارة الذين كتبوا عن الصدمات الشخصية للمركز الصحي الطلابي، وكان تحسن صحتهم مرتبطًا بتحسن في الوظيفة المناعية، كما تم قياسه بأفعال «اللمفاويات التائية» T lymphocytes (الخلايا الفاتكة الطبيعية natural killer cells) والواسمات المناعية[1] الأخرىٰ في الدم. ولقد صار هذا التأثير واضحًا للغاية عقب التجربة مباشرة، بل ظل مرصودًا بعد ستة أسابيع. تُظهر تجارب الكتابة في جميع أنحاء العالم -مع طلاب المرحلة الابتدائية، والمقيمين في دور التبني، وطلاب كلية الطب، والسجناء ذوي الإجراءات الأمنية القصوىٰ، ومرضىٰ التهاب المفاصل، والأمهات الجدد، وضحايا الاغتصاب-؛ تظهر علىٰ نحو ثابت أن الكتابة عن الأحداث الموعكة تحسِّن من الصحة الجسدية والنفسية

كما لفت انتباهي جانب آخر من دراسات بينبيكر: فحينما تحدث مبحوثوه عن قضايا حميمة أو عسيرة، فغالبًا ما كانت تتغير نبرة صوتهم وأسلوب حديثهم، وكانت الاختلافات مذهلة لدرجة أن بينبيكر تساءل ما إذا كانت شرائطه قد اختلطت ببعضها؛ فعلىٰ سبيل المثال، كانت إحدىٰ النساء تصف خططها لليوم بصوت طفولي عالي الطبقة، ولكن بعد بضع دقائق، حين كانت تصف سرقة مائة دولار من درج نقود مفتوح، انخفضت شدة صوتها وطبقته جدًّا لدرجة أنها بدت شخصًا مختلفًا تمامًا. وكذلك انعكست صورة تبدل الحالة الانفعالية في خط

(1) immune markers.

المبحوثين؛ إذ حين كان المشاركون يغيرون الموضوعات، كانوا يتحولون أحيانًا عن الأحرف المتشابكة إلىٰ الأحرف المنفصلة ثم يعودون إلىٰ الأحرف المتصلة؛ كما وجدت تباينات في ميلان الحروف وقوة ضغطهم لأقلامهم.

So many times I feel parts of myself fighting each other. It (the abuse) happened, it didn't happen – if it did happen how can I live with a truth that is so horrific.

with my left hand

listen to me. I want to tell you and I want you to listen. you think you're too good to hear it. I hear what

مثل هذه التغيرات يطلق عليها في الممارسة الإكلينيكية اسم «التبديل»، ونراها كثيرًا لدىٰ الأفراد الذين لديهم تاريخ صدمة، حيث تتنشط لدىٰ المرضىٰ حالات انفعالية وفسيولوجية واضحة الاختلاف حين انتقالهم من موضوع لآخر؛ ولا تنحصر مظاهر التبديل في الأنماط الصوتية شديدة الاختلاف، بل تتضمن أيضًا التعابير الوجهية والحركات الجسدية المختلفة؛ وبهذا فقد يصل الأمر إلىٰ أن بعض المرضىٰ تتغير هويتهم الشخصية ظاهريًا؛ من الخجل -مثلًا- إلىٰ الشدة والعدوانية أو من الإذعان المتلهف إلىٰ الإغواء الصارخ. وحينما كانوا يكتبون عن أعمق مخاوفهم، غالبًا ما كان خطهم يصير طفوليًا وبدائيًا.

وبهذا فإن المرضىٰ الذين يأتون في مثل هذه الحالات المتباينة إذا عوملوا علىٰ أنهم يزيفون الأمر، أو إذا طُلب منهم الكف عن إظهار جوانبهم المزعجة المباغتة، فمن المرجح أن يصيروا صموتين؛ لكنهم غالبًا ما يستمرون في التماس

المساعدة. ولكن بعد إسكاتهم سيبثون استغاثات طلب المساعدة لا بالتحدث وإنما بالفعل: بمحاولات انتحار، والاكتئاب، ونوبات الحنق. وكما سنرىٰ في الفصل السابع عشر، فلن يتحسن حالهم إلا إذا قدَّر المريض والمعالج كلاهما الأدوارَ التي قد لعبتها هذه الحالات المختلفة في نجاتهم.

الفن، والموسيقىٰ، والرقص

يوجد الآلاف من المعالجين بالفن، والموسيقىٰ، والرقص الذين يبلون بلاء رائعًا مع الأطفال الذين تعرضوا للإساءات، والجنود الذين يعانون من اضطراب الكرب التالي للصدمة، وضحايا إتيان المحارم، واللاجئين، والناجين من التعذيب؛ كما تشهد العديد من التقارير علىٰ فعالية العلاجات التعبيرية١٨؛ ورغم ذلك، ففي الوقت الراهن لا نعلم سوىٰ القليل جدًّا عن كيف تعمل هذه الأساليب أو عن جوانب الكرب الصدمي المعينة التي تعالجها، وإن إجراء البحوث اللازمة لتحديد قيمتها علميًّا سيشكل تحديًا لوجستيًّا وماليًّا هائلًا.

قد تكون قدرة الفن، والموسيقىٰ، والرقص علىٰ التحايل علىٰ الخرس الذي يرافق الرعب هي أحد أسباب استخدام تلك الأساليب كعلاج للصدمات في مختلف ثقافات العالم. ولقد قام جيمس بينبيكر James Pennebaker وآن كرانتز Anne Krantz –وهي معالجة بالرقص والحركة في سان فرانسيسكو– بإجراء إحدىٰ الدراسات المنهجية القليلة لمقارنة التعبير الفني غير اللفظي بالكتابة١٩؛ حيث طُلب من ثلث مجموعة مؤلفة من ٦٤ طالبًا أن يعربوا عن خبرة صدمية شخصية بواسطة حركات جسدية تعبيرية لمدة عشر دقائق علىٰ الأقل يوميًّا ولثلاثة أيام متتالية ثم يكتبوا عنها لمدة عشر دقائق أخرىٰ؛ أما ما فعلته المجموعة الثانية فهو الرقص فقط وعدم الكتابة عن صدماتها؛ في حين التحقت المجموعة الثالثة ببرنامج رياضة روتيني. وعلىٰ مدىٰ الأشهر الثلاثة التالية، أفاد أعضاء جميع المجموعات أنهم ازدادوا سعادة وصحة؛ لكن مجموعة الحركة التعبيرية التي قامت بالكتابة هي الوحيدة التي أظهرت دليلًا موضوعيًّا: اشتداد الصحة الجسدية وتحسن المعدل الدراسي التراكمي GPA (لم تقيِّم الدراسة الأعراض المحددة

لاضطراب الكرب التالي للصدمة)؛ فخلص بينبيكر وكرانتز إلىٰ: «إن مجرد التعبير عن الصدمة غير كافٍ، ويبدو أن الصحة تتطلب حقًّا ترجمة الخبرات إلىٰ لغة».

ومع ذلك، فما زلنا لا نعرف ما إذا كان هذا الاستنتاج -أن اللغة ضرورية للشفاء- صحيحًا دائمًا في الواقع؛ فلقد كانت دراسات الكتابة التي ركزت علىٰ أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة (علىٰ عكس الصحة العامة general health) مخيبة للآمال، ولكني حين ناقشت هذا الأمر مع بينبيكر، حذرني من أن معظم دراسات الكتابة الخاصة بمرضىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة تم إجراؤها داخل سياقات مجموعاتية حيث يُتوقع من المبحوثين مشاركة قصصهم، ثم كرر النقطة التي أشرت إليها أعلاه: أن الهدف من الكتابة هو أن تكتب إلىٰ نفسك، لتسمح لذاتك بأن تعلم ما كنت تحاول تجنبه.

قيود اللغة

إن الصدمة تسحق المستمعين كما تسحق المتحدثين، ويقوم بول فوسيل Paul Fussell في كتابه «الحرب العظمىٰ في الذاكرة الحديثة»[1] -الذي يمثل دراسته المتْقَنة للحرب العالمية الأولىٰ- يقوم بالتعليق ببراعة علىٰ باحة الصمت التي تخلقها الصدمة:

«أحد الأمور الجوهرية للحرب . . . هو التضارب الحادث بين الأحداث وبين اللغة المتاحة -أو التي يُظَن أنها مناسبة- لوصف تلك الأحداث . . . . فمن الناحية المنطقية، لا يوجد سبب يمنع اللغة الإنجليزية من عرض واقع الحرب كما هو عليه . . . فهي غنية بالمصطلحات مثل الدم، الرعب، العذاب، الجنون، والقذارة، والقسوة، والقتل، وبيع القضية، والألم، والخدعة، بالإضافة إلىٰ العبارات؛ مثل ساقان منسوفتان، وانبجست أمعاؤه بين يديه، لم يتوقف الصراخ طيلة الليل، ظل ينزف دمًا من شرجه حتىٰ مات، ونحو ذلك . . . . فلم تكن المشكلة مشكلة «لغة» بقدر ما كانت مشكلة لباقة وتفاؤل . . . . إن السبب

---

(1) The Great War in Modern Memory.

الحقيقي [في سكوت الجنود] هو أن أولئك الجنود اكتشفوا أنه لا أحد يهتم كثيرًا بالأخبار السيئة التي يتعين عليهم الإبلاغ عنها؛ فهل هناك مستمع يرغب في أن يتمزق نفسيًّا ويتزعزع داخليًّا وهو غير مضطر لذلك؟ لقد حوَّلنا معنىٰ عبارة «تعجز الكلمات عن وصفه» إلىٰ «لا يمكن وصفه»: لكنها في الحقيقة تعني «بشع» ٢٠.

إن التكلم عن الأحداث المؤلمة لا ينشئ عشيرة بالضرورة، بل ما يفعله في أغلب الأحيان هو نقيض ذلك؛ إذ قد ترفض العائلاتُ والمنظماتُ الأعضاءَ الذين «ينشرون الغسيل الوسخ»؛ كما ينفد صبر الأصدقاء والعائلة حين يعلَق المرضىٰ في حزنهم أو جرحهم؛ وهذا أحد الأسباب التي تفسر لماذا ينسحب ضحايا الصدمات في أغلب الأحيان ولماذا تصير قصصهم سرودًا محفوظة بدقة، ومحررة في أقل الصِّيَغ إثارة للرفض.

إن العثور علىٰ بقع آمنة للتعبير عن آلام الصدمة يمثل تحديًا هائلًا، ولهذا السبب فمجموعات الناجين مثل «مدمنو الكحول المجهولون»، و«الأطفال الراشدون لمدمني الكحول[1]»، «والمدمنون المجهولون»[2]، ومجموعات الدعم الأخرىٰ؛ كلها تُعتبر مجموعات شديدة الأهمية؛ وذلك لأن عثورك علىٰ عشيرة متجاوبة تصرح داخلها بالحقيقة يجعل التعافي ممكنًا؛ ولهذا السبب أيضًا يحتاج الناجون إلىٰ معالجين محترفين مدربين علىٰ الاستماع إلىٰ تفاصيل حياتهم الموجعة؛ وإني لأسترجع أول مرة أخبرني فيها أحد المحاربين القدامىٰ عن قتله طفلًا في فيتنام، آنذاك انتابتني ارتدادة ذكروية حية أعادتني إلىٰ حين كنت في السابعة من عمري تقريبًا وأخبرني والدي أن طفلًا مجاورًا تعرض للضرب المبرح أمام منزلنا علىٰ يد الجنود النازيين لإظهاره استهجانه لهم، وقد ضربوه حتىٰ مات، ولقد كان رد فعلي تجاه اعتراف المحارب يفوق قدرتي علىٰ التحمل، واضطررت إلىٰ إنهاء الجلسة؛ ولهذا السبب يجب أن يتلقىٰ المعالجون أنفسهم

(1) Adult Children of Alcoholics.

(2) Narcotics Anonymous.

علاجيا مستفيضًا خاصًا بهم، كي يتمكنوا من الاعتناء بأنفسهم ويظلوا متاحين انفعاليًا لمرضاهم، حتىٰ حينما تثير لديهم قصص مرضاهم مشاعر الحنق أو الاشمئزاز.

هذا وتنشأ مشكلة مختلفة حينما يصبح ضحايا الصدمات أنفسهم عاجزين حرفيًا عن الكلام –حينما تنطفئ المنطق الدماغية المنوطة باللغة٢١، وقد رأيت هذا الانطفاء داخل قاعة المحكمة في العديد من قضايا الهجرة وكذلك في قضية رفعت ضد مرتكب مذبحة جماعية في رواندا؛ إذ حينما يُطلب من الضحايا الإدلاء بشهاداتهم حول خبراتهم، فغالبًا ما يصابون بانسحاق شديد لدرجة فقدهم القدرة علىٰ التكلم إلا بشق الأنفس أو يتخطفهم ذلك الهلع الذي يشل قدرتهم علىٰ التعبير الواضح عما حدث لهم؛ ولذا فغالبًا ما تُرفَض شهاداتهم باعتبارها شديدة الفوضوية، والتشوش، والتشظي لدرجة أنها لا تستطيع الوقوف علىٰ ساق المصداقية.

كما يسعىٰ فريق آخر من الضحايا إلىٰ إعادة سرد تاريخهم بطريقة تمنعهم من التأثر بالموقدات؛ وقد يظهرهم هذا في صورة شهود مخادعين وغير موثوقين، ولقد رأيت عشرات القضايا القانونية التي تم رفضها لأن طالبي اللجوء لم يتمكنوا من تقديم روايات متسقة عن أسباب فرارهم، كما اطلعت أيضًا علىٰ العديد من المحاربين القدامىٰ الذين نفت «شؤون المحاربين» ادعاءاتهم لعجزهم عن سرد ما حدث لهم بدقة.

يعد الارتباك والخرس من الأمور الروتينية داخل عيادات العلاج: نعلم تمام العلم أن مرضانا سينسحقون إذا واصلنا الضغط عليهم للحصول علىٰ تفاصيل قصتهم، لذا تعلمنا أن «نبندل» مقاربتنا للصدمة، وهو مصطلح صكَّه صديقي بيتر ليڤين؛ نحن لا نتجنب مجابهة التفاصيل، لكننا نعلّم مرضانا كيف يغمسون إصبع قدم واحدًا في الماء بأمان ثم يسحبونه مجددًا، وبالتالي يقاربون الحقيقة رويدًا رويدًا.

نبدأ هذا الأمر بإنشاء «جُزُر أمان» داخلية في الجسم٢٢؛ وهذا يعني مساعدة المرضىٰ علىٰ تحديد أجزاء الجسم، أو الوضعيات، أو الحركات التي

يمكنهم ترسيخ أنفسهم فيها متىٰ ما شعروا بأنهم عالقون، أو مرعوبون، أو حانقون؛ وعادة ما تكون هذه الأجزاء خارج قبضة العصب المبهم، الذي يحمل رسائل الهلع إلىٰ الصدر، والبطن، والحلق؛ كما يمكن أن تكون بمثابة حليف في إدماج الصدمة. ربما أسأل مريضة ما إذا كانت يداها علىٰ ما يرام، وإذا قالت أجل، أطلب منها تحريكهما، واستكشاف خفتهما، ودفئهما، ومرونتهما؛ ثم إذا رأيت صدرها يضيق ولاحظت اختفاء تنفسها تقريبًا، أوقفها وأطلب منها أن تركز علىٰ يديها وتحركهما، حتىٰ تشعر بأن ذاتها منفصلة عن الصدمة؛ أو قد أطلب منها أن تركز علىٰ تنفسها وتلاحظ كيف بمقدورها أن تغيره، أو أطلب منها رفع ذراعيها وإنزالهما مع كل تنفس - وهذه حركة مستمدة من رياضة الكيغونغ.

كما يكون النقر علىٰ نقاط الضغط الإبري بمثابة مرساة جيدة في حالة بعض المرضىٰ[٢٣]؛ وحينئذ قد أطلب من مريض يسقط في بئر الصمت أن يلاحظ ما سيحدث إذا انتصب في جلسته. هذا ويكتشف بعض المرضىٰ جزر الأمان الخاصة بهم - ويبدؤون في «إدراك» أن باستطاعتهم خلق أحاسيس جسمية لموازنة الشعور بالخروج عن السيطرة، وهذا يمهد الطريق لإذابة الصدمة: البندلة بين حالتي الاستكشاف والأمان، بين اللغة والجسد، بين تذكر الماضي والشعور بالمحيا في الحاضر.

التعامل مع الواقع

ورغم ذلك كله، فالتعامل مع الذكريات الصدمية هو بداية العلاج فحسب؛ فلقد وجدت العديد من الدراسات أن المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة يواجهون مشاكل عامة أيضًا ناتجة عن صعوبة تركيز الانتباه وتعلم المعلومات الجديدة[٢٤]؛ ولهذا أجرىٰ ألكساندر ماكفارلين اختبارًا بسيطًا: طلب من مجموعة أشخاص أن يسردوا في دقيقة واحدة أكبر عدد ممكن من الكلمات البادئة بحرف الـ «بي» B؛ فبلغ متوسط عدد كلمات المبحوثين العاديين خمس عشرة كلمة؛ في حين بلغ متوسط المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة ثلاث أو أربع

كلمات؛ كما وجد أن المبحوثين العاديين انتابهم التردد حين رأوا كلمات مهددة مثل «دم»، أو «جرح»، أو «اغتصاب»؛ في حين كان رد فعل المصدومين في دراسة ماكفارلين هو التردد بنفس القدر عند رؤية كلمات عادية مثل «صوف»، و«آيس كريم»، و«دراجة»٢٥.

بعد فترة من الزمن، لا ينفق معظم المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة وقتًا طويلًا أو جهدًا كبيرًا في التعامل مع الماضي، إذ تصير مشكلتهم اجتياز اليوم فحسب؛ فإن مقدار الطاقة التي ينفقها المصدومون في مهام الحياة اليومية أكبر بكثير من البشر العاديين، وهذا يصدق أيضًا علىٰ المصدومين الذين يقدمون مساهمات حقيقية في التدريس، أو التجارة، أو الطب، أو الفنون والذين ينجحون في تربية أطفالهم.

لكن هناك مأزق آخر للغة ألا وهو توهم أن من السهل تصحيح تفكيرنا حين يكون غير «منطقي»؛ إذ يركز الجانب «المعرفي» من العلاج السلوكي المعرفي علىٰ تغيير «التفكير المختل وظيفيًّا»، وهذه مقاربة نزولية للتغيير حيث يتحدىٰ المعالجُ -أو «يعيد تأطير»- الإدراكات السلبية، كما في «فلنقارن شعورك بأنك الملومة علىٰ اغتصابك بالحقائق الفعلية للمسألة» أو «فلنقارن رعبك من القيادة بإحصاءات الأمان المروري في وقتنا الحالي».

وتحضرني ذكرىٰ تلك المرأة الحيرانة التي جاءت إلىٰ عيادتنا طالبة المساعدة في التعامل مع طفلها ذي الشهرين لأن الرضيع «شديد الأنانية»، أكانت ستنتفع من قراءة صحيفة حقائق عن نماء الطفل أو من سماع شرح لمفهوم الإيثار؟ علىٰ الأرجح أن مثل هذه المعلومات لن تساعدها إلا بعد أن تتمكن هي من ولوج الجوانب الخائفة والمهجورة من ذاتها - الجوانب التي يعبر عنها رعبُها من الاعتماد.

ليس هناك شك في أن المصدومين لديهم أفكار غير منطقية: «أنا الملومة علىٰ ما حدث لأن مظهري كان مثيرًا للشهوة إلىٰ حد بالغ»، «لم يكن الرجال الآخرون خائفين من ذلك، أما أنا فكنت - وذلك لأنهم رجال حقيقيون»، «كان

يجب أن أكون أكثر حكمة فلا أمشي في ذلك الشارع»، ولذلك فحري بك أن تتعامل مع هذه الأفكار علىٰ أنها ارتدادات ذكروية معرفية؛ فلا يفوق جدالك معها جدالك مع شخص لا يزال يعاني من ارتدادات ذكروية عن حادث مروع؛ إذ أنها تمثل بقايا الحوادث الصدمية: الأفكار التي كانوا يفكرون فيها وقت حدوث -أو بعد فترة وجيزة من حدوث- الصدمة، والتي يعاد تنشيطها في ظل الظروف الكاربة؛ وأفضل وسيلة لمعالجتها هي باستخدام «إعادة المعالجة الذكروية»، وهو موضوع الفصل التالي.

أن تصير أحدًا ما/جسدًا ما

إن سبب انسحاق الناس عند سردهم لقصصهم -السبب في حدوث ارتداداتهم الذكروية المعرفية- هو أن أدمغتهم قد تغيرت؛ فكما لاحظ فرويد وبروير، فالصدمة لا تعمل كعامل محرر للأعراض؛ وإنما: «الصدمة النفسية -أو علىٰ وجه التحديد ذكرىٰ الصدمة- تعمل كمادة غريبة قد دخلت الجسم منذ فترة طويلة ولكن يتحتم علىٰ الجسم أن يواصل اعتبارها مادة ما زالت فاعلة»٢٦؛ فكما الشظية التي تسبب العدوىٰ، فاستجابة الجسد للجسم الغريب تصير مشكلة أكبر من الجسم نفسه.

إن علم الأعصاب الحديث شديد الدعم لفكرةِ فرويد القائلة بأن العديد من أفكارنا الواعية هي تبريرات معقدة لسيل الغرائز، وردود الفعل، والدوافع، والذكريات العميقة المنبعثة من اللاوعي؛ وكما رأينا سابقًا، فالصدمات تعرقل الوظيفية السليمة لالمناطق الدماغية التي تدير الخبرة وتفسرها؛ وإن الحس المتين بالذات -ذلك الذي يتيح للشخص أن يصرح قائلًا: «هذا ما أفكر فيه وأشعر به» و«هذا ما يعتمل بداخلي»- معتمد علىٰ تفاعل صحي وديناميٍ بين هذه المناطق.

إن جميع الدراسات -تقريبًا- التي تناولت تصوير دماغ مرضىٰ الصدمات قد وجدت تنشيطًا شاذًّا في الجزيرة؛ وهذا الجزء الدماغي منوط بدمج المدخلات من الأعضاء الداخلية وتفسيرها -بما في ذلك عضلاتنا، ومفاصلنا، ونظام التوازن

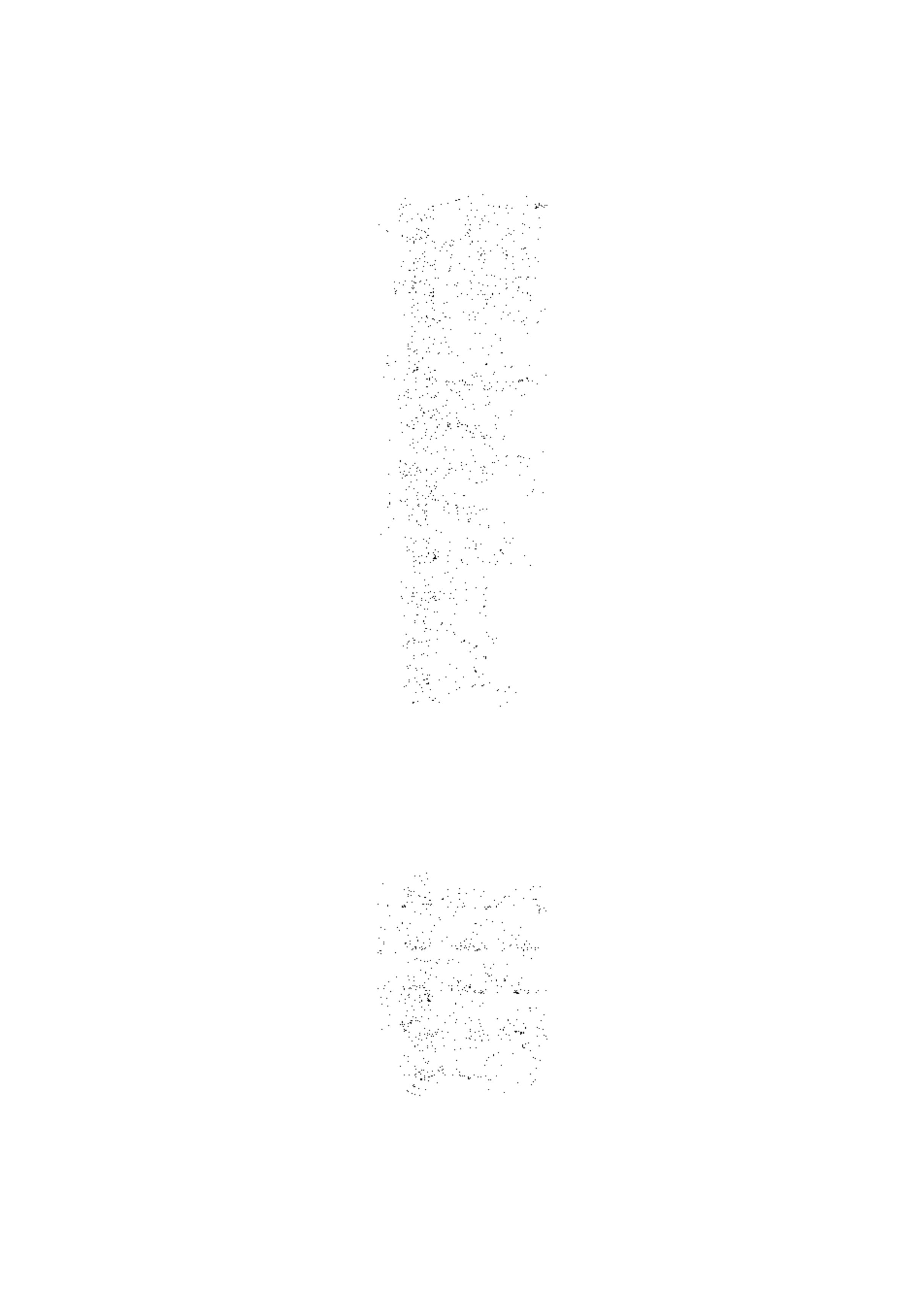
(اسْتِقْبال الحِسِّ العَميق[1])- لتوليد حس التجسد؛ كما يمكن للجزيرة أن تنقل إشارات إلىٰ اللوزة التي تطلق استجابات القتال/الفرار، ولا يتطلب هذا أي مدخلات معرفية أو أي إدراك واعٍ بأن شيئًا ما قد انحرف؛ آنذاك تشعر فورًا بالقلق والتوتر والعجز عن التركيز أو -في أسوأ الأحوال- ينتابك حس الهلاك الوشيك. وهكذا تتولد هذه المشاعر الشديدة في أعماق الدماغ ولا يمكن التخلص منها بواسطة العقل أو الفهم.

إن تعرض المرء لاعتداء متواصل من منبع الأحاسيس الجسدية، ولكن في نفس الوقت وانقطاعه الواعي/الشعوري عن ذلك المنبع، يسفر عن استبهام المشاعر: العجز عن الحس بما يعتمل داخلك وتوصيله؛ ويمكننا القول إنه ليس بمقدورك استعادة حسك بكينونتك، وأولوياتك، وقيمك إلا بتواصلك مع جسمك، باتصالك بذاتك حشويًا. وبهذا فاستبهام المشاعر، والتفارق، والانطفاء، كل ذلك منوط بالبنىٰ الدماغية التي تمكننا من التركيز، ومعرفة ما نشعر به، واتخاذ الإجراءات لحماية أنفسنا؛ وحينما تتعرض هذه البنىٰ للصعق الذي لا مفر منه، تكون النتيجة ارتباكًا واهتياجًا، وقد تكون انفصالًا انفعاليًا، وغالبًا ما تكون مصحوبة بخبرات خروج من الجسم - شعورك بأنك تشاهد نفسك من مكان بعيد. وبعبارة أخرىٰ، فالصدمة تشعر الناس بأنهم إما أحد/جسد آخر، أو أنهم لا أحد/جسد؛ ولذا فلكي تتغلب علىٰ الصدمة تحتاج إلىٰ عون لاستعادة تواصلك مع جسدك، مع «ذاتك».

لا شك أن اللغة ضرورية: إذ يستند حسنا بـ «الذات» إلىٰ اقتدارنا علىٰ تنظيم ذكرياتنا في هيئة كُلٍّ متسق ومتماسك٢٧، وهذا يتطلب اتصالات سليمة بين الدماغ الواعي ونظام الذات الخاص بالجسم - وهي اتصالات غالبًا ما تتحطم بسبب الصدمة. فلا يمكن سرد القصة الكاملة إلا بعد إصلاح تلك البنىٰ وبعد وضع الأساس: بعد أن يتحول لا أحد/جسد إلىٰ أحد/جسد.

---

(1) proprioception.



الفصل الخامس عشر
إطلاق سراح الماضي
إعادة المعالجة الذكروية[1] EMDR

أكان هذا كَشفًا، أم مجرد حلم يقظة؟

لقد انمحت تلك الدوشة، أنائم أنا أم في اليقظة؟

- جون كيتس John Keats

جاء ديفيد David، وهو مقاول في منتصف العمر، إلىٰ عيادتي لأن نوبات حنقه العنيفة كانت تجعل بيته جحيمًا مستعرًا، وأخبرني في جلستنا الأولىٰ بقصة أمر كان قد حدث له في صيف الثالثة والعشرين من عمره: كان يعمل حارسًا منقذًا، وفي ظهيرة أحد الأيام، كانت هناك مجموعة من الأطفال يتعاركون في حمام السباحة ويشربون البيرة، فأخبرهم ديفيد أن الكحول غير مسموح به؛ وردًا علىٰ ذلك، هاجمه الأولاد، فسلبه أحدهم بصر عينه اليسرىٰ بزجاجة بيرة

---

(١) إن فرانسين شابيرو Francine Shapiro، مبتكرة أسلوب (EMDR)، قد ذكرت في كتابها Getting Past Your Past أنه بعد ظهور المزيد من الأبحاث ودت لو تعيد تسمية أسلوبها ليكون «العلاج بإعادة المعالجة (الهضم) Reprocessing therapy» حيث أنه أكثر دقة من الناحية العلمية، لكنها وجدت أن الأوان قد فات باشتهاره في الوسط العلمي بالاسم الأول؛ لذا فقد آثرت استخدام «إعادة المعالجة الذكروية» لغياب هذا المانع -علىٰ حد علمي- في الوسط العربي؛ وبهذا نكون قد أثبتنا الدقة العلمية. EMDR هي اختصار لـ Eye Movement Desensitization and Reprocessing وتترجم حرفيا إلىٰ «إزالة حساسية حركة العين وإعادة معالجتها». (المترجم).

مكسورة. ورغم مرور ثلاثين عامًا علىٰ تلك الواقعة، كان لا يزال يعاني من كوابيس وارتدادات ذكروية متعلقة بتلك الطعنة.

هذا وكان يوجه انتقادات لابنه المراهق بأسلوب منزوع الرحمة وغالبًا ما كان يزعق به عند أدنىٰ مخالفة، كما كان عاجزًا عن إظهار أي مودة تجاه زوجته. ورغم ذلك، فقد كان لديه شعور بأن خسارته المأساوية لِعَينِهِ تعطيه الإذن بإساءة معاملة الآخرين، لكنه أيضًا كان يكره الشخص الغاضب والانتقامي الذي صار إليه؛ كما كان قد لاحظ أن جهوده للتحكم بحنقه أصابته بتوتر مزمن، فتساءل ما إذا كان خوفه من فقدان السيطرة قد جعل الحب والصداقة من الأمور المستحيلة.

خلال زيارته الثانية، قدّمتُ إجراءً يسمىٰ «إعادة المعالجة الذكروية»؛ حيث طلبتُ من ديفيد أن يعود إلىٰ تفاصيل اعتدائه ويستحضر في ذهنه صوره الخاصة بالهجوم، والأصوات التي كان قد سمعها والأفكار التي كانت قد دارت في ذهنه حينئذ؛ وقلت له: «دع تلك اللحظات تعود فحسب»... ...

ثم طلبت منه أن يتبع سَبَّابَتِي وأنا أحركه ببطء ذهابًا وإيابًا علىٰ مقربة اثني عشر بوصة من عينه اليمنىٰ، وفي غضون ثوان، انفجر شلال من الحنق والرعب إلىٰ السطح، مصحوبًا بما أحس به حين الحادث: الألم، وبسيلان الدم علىٰ خده، وإدراك أنه عاجز عن الرؤية. وحين أبلغ عن هذه الأحاسيس، أصدرت صوتًا مشجعًا وواصلت تحريك إصبعي ذهابًا وإيابًا؛ كما كنت أتوقف كل بضع دقائق وأطلب منه القيام بشهيق عميق. ثم طلبت منه الانتباه إلىٰ ما يدور في ذهنه في اللحظة الراهنة، والذي كان عراكًا كان قد خاضه في المدرسة، فأخبرته أن يلاحظ ذلك وأن يلازم تلك الذكرىٰ، فبزغت ذكريات أخرىٰ، بزوغًا يبدو عشوائيًا: البحث عن المعتدين عليه في كل مكان، والرغبة في إيذائهم، وإقحام نفسه في شجارات الحانات. وفي كل مرة يبلغ عن ذكرىٰ جديدة أو إحساس جديد، كنت أحثه علىٰ ملاحظة ما يخطر بباله وأواصل حركات إصبعي.

في نهاية تلك الزيارة بدا أكثر هدوءًا واتضح الارتياح عليه، وأخبرني أن ذكرىٰ الطعن فقدت شدتها؛ فلقد صارت الآن شيئًا غير سار حدث منذ زمن

طويل؛ وقال بتمعنٍ: «لقد كان أمرًا مزعجًا للغاية، وأبقاني غير متزن لسنوات عديدة، لكنني مندهش من الحياة الطيبة التي اقتدرت في نهاية المطاف علىٰ تشييدها لنفسي».

وفي الأسبوع التالي، تناولت جلستُنا الثالثة تبعاتِ الصدمة: كيف أنه عاقر المخدرات والكحول لسنوات عديدة في سبيل التكيف مع حنقه؛ وحينما كررنا تسلسلات «إعادة المعالجة»، بزغت المزيد من الذكريات؛ حيث تذكر ديفيد تبادله الحديث مع حارس سجن بشأن القيام بقتل المعتدي المسجون، ثم تغييره لرأيه، ولقد كان تذكُّرُ هذا القرار بمثابة تحرير عميق: إذ كان الأمر قد وصل إلىٰ أنه صار يرىٰ نفسه وحشًا لا يقدر علىٰ كبح جماحه إلا بشق الأنفس، لكن إدراكه أنه قد عدل عن الانتقام أعاده إلىٰ الاتصال بالجانب اليقظ النبيل من نفسه.

بعد ذلك أدرك تلقائيًا أن أسلوب تعامله مع ابنه نابع مما كان يشعر به تجاه مهاجميه المراهقين. وعند انتهاء جلستنا، سألني عما إذا كان بإمكاني مقابلته هو وأسرته حتىٰ يتمكن من إخبار ابنه بما كان قد حدث ويطلب منه العفو. وفي جلستنا الخامسة والأخيرة، ذكر أن نومه قد تحسن وقال إنه لأول مرة في حياته يشعر بحس السلام الداخلي. وبعد مرور عام، اتصل ليبلغ ليس فقط أنه وزوجته قد تقاربا وشرعا في ممارسة اليوجا معًا، بل أيضًا أنه صار يضحك أحيانًا كثيرة كما صار يستمتع جدًّا بالبستنة وأعمال النجارة المنزلية.

التعرف علىٰ «إعادة المعالجة الذكروية»

إن خبرتي مع ديفيد هي واحدة من العديد من الخبرات التي مررت بها علىٰ مدار العقدين الماضيين والتي أعاننا فيها أسلوب «إعادة المعالجة» علىٰ جعل إعادات خلق الصدمة -وما يصاحبها من ألم- أمرًا مضىٰ وانتهىٰ؛ ولقد جاء تعرفي علىٰ هذا الأسلوب عبر ماجي Maggie، وهي أخصائية نفسية شابة مقدامة كانت تدير مركز إعادة تأهيل للفتيات المنتهَكات جنسيًا. لقد كانت ماجي تخرج من شجار لتدخل في آخر، حيث اشتبكت مع الجميع تقريبًا -باستثناء الفتيات اللواتي في سن الثالثة عشر والرابعة عشر اللواتي كانت تعتني بهن؛ كما كانت قد

تعاطت المخدرات، وانخرطت في علاقات مع أخدان خطيرين وفي أغلب الأحيان عنيفين، كما كانت تخوض شجارات متكررة مع أرباب عملها، وتنتقل من مكان لآخر لأنها لم تكن تستطيع تحمل زميلات سكنها (وهُنَّ أيضًا كن كذلك). ولم أستوعب قط كيف تمكنت من استجماع قدر كافٍ من الاستقرار والتركيز لتنال درجة الدكتوراة في علم النفس من كلية مرموقة.

لقد أُحيلت ماجي إلىٰ مجموعة علاجية كنت أديرها للنساء اللواتي يعانين من مشاكل مشابهة، وخلال لقائها الثاني، أخبرتنا أن والدها اغتصبها مرتين، الأولىٰ حينما كانت في الخامسة من عمرها والثانية حينما كانت في السابعة؛ لكنها كانت مقتنعة أنها الملومة علىٰ ذلك، وفسرت ذلك بأنها كانت تحب والدها، فلا بد أن سلوكها كان شديد الإغواء لدرجة أنه لم يستطع السيطرة علىٰ نفسه. وعند استماعي إليها تأملت وقلت في نفسي: «ربما هي لا تلوم والدها، لكنها بالتأكيد تلوم جميع الآخرين»- بما في ذلك معالجيها السابقين لعجزهم عن مساعدتها علىٰ الارتياح. وكما العديد من الناجين من الصدمات، فقد رَوَت قصة بالكلمات وأخرىٰ بالأفعال، حيث واصلت إعادة تشغيل الجوانب المختلفة من صدمتها.

ثم في أحد الأيام جاءت ماجي إلىٰ المجموعة متلهفة لمناقشة تجربة رائعة كانت قد حظيت بها في عطلة نهاية الأسبوع السابق في أحد تدريبات «إعادة المعالجة الذكروية» للمهنيين، وحينئذ كنت قد سمعت أن «إعادة المعالجة» هي مجرد بدعة جديدة يقوم فيها المعالجون بهز أصابعهم أمام أعين المرضىٰ؛ فبالنسبة لي ولزملائي الأكاديميين، بدا الأمر تقليعة أخرىٰ من التقليعات التي لطالما ابتلي بها الطب النفسي، وكنت مقتنعًا أن في نهاية المطاف سيتضح أنها محض مغامرة مؤسفة أخرىٰ من مغامرات ماجي.

أخبرتنا ماجي أنها أثناء جلسة «إعادة المعالجة» تذكرت بوضوح اغتصاب والدها لها حينما كانت في السابعة من عمرها، بل إنها تذكرته من داخل جسد الطفولة؛ إذ كان بمقدورها أن تشعر جسديًّا بمدىٰ صغر حجمها؛ وأن تشعر بجسد والدها الضخم فوقها، وأن تشم رائحة الكحول في أنفاسه؛ ومع ذلك، فلقد

أخبرتنا أنه رغم أنها كانت تعيش الواقعة مرة أخرىٰ، إلا أنها كانت قادرة علىٰ ملاحظتها من وجهة نظر ذاتها البالغة من العمر تسعة وعشرين عامًا. ثم أجهشت بالبكاء وهي تقول: «لقد كنت فتاة صغيرة؛ أنَّىٰ لرجل ضخم أن يفعل ذلك بفتاة صغيرة؟». ثم بكت هنيهة ثم قالت: «لقد انتهىٰ الأمر الآن، إنني الآن أعلم ما حدث؛ ولم تكن تلك غلطتي؛ فلقد كنت طفلة صغيرة ولم يكن بوسعي فعل أي شيء لمنعه من التحرش بي».

لقد انتابني الذهول؛ فلقد كنت أبحث منذ زمن طويل عن وسيلة لمساعدة الناس علىٰ إعادة زيارة ماضيهم الصدمي دون أن ينصدموا مجددًا؛ وبدا أن ماجي كانت قد مرت بخبرة لا تقل نبضًا بالحياة عن الارتدادة الذكروية ولكنها لم تنسحق منها! إذن هل تستطيع «إعادة المعالجة» أن تؤمِّن للناس ولوج آثار الصدمة؟ هل يمكنها إذن أن تحول تلك الآثار إلىٰ ذكريات لأحداث وقعت في الماضي البعيد؟

تلقت ماجي بعد ذلك بضع جلسات أخرىٰ من «إعادة المعالجة» وظلت في مجموعتنا لفترة كافية بحيث استطعنا رؤية مدىٰ تغيرها؛ فوجدنا أن حدة غضبها قد تضاءلت، لكنها حافظت علىٰ حس الفكاهة الساخر الذي كنت أستمتع به كثيرًا؛ وبعد بضعة أشهر، انخرطت في علاقة مع رجل من نوع مختلف تمامًا عمن كانت تنجذب إليهم من قبل؛ ثم غادرت المجموعة، معلنة أنها قد شفيت من صدمتها؛ وحينئذ قررتُ أن الوقت قد حان لأن أتدرب علىٰ «إعادة المعالجة».

«إعادة المعالجة الذكروية»: التعرضات الأولىٰ

لقد نشأت «إعادة المعالجة الذكروية» -كالعديد من التطورات العلمية- بملاحظة عابرة: ذات يوم في عام ١٩٨٧، كانت الأخصائية النفسية فرانسين شابيرو Francine Shapiro تتمشي في حديقة، مستغرقة في بعض الذكريات المؤلمة، وإذ بها تلاحظ أن الحركات السريعة للعينين أسفرت عن ارتياح دراماتيكي من اكترابها! لكن أنّىٰ لنهج علاجي كبير أن يتنامىٰ من مجرد خبرة

قصيرة كهذه؟ كيف يعقل أن مثل هذه العملية البسيطة لم يلاحظها أحد من قبل؟ لتشككها في بادئ الأمر من صحة ملاحظتها، قامت بإخضاع أسلوبها لسنوات عديدة من التجريب والبحث، مما أدىٰ بها رويدًا رويدًا إلىٰ تشييده في هيئة إجراء معياري يمكن تدريسه واختباره في الدراسات المضبوطة١.

حين وصلتُ لتلقي أول تدريب علىٰ «إعادة المعالجة» كنت أنا نفسي بحاجة إلىٰ معالجة صدمة ما لدي؛ إذ قبل ذلك الحين ببضعة أسابيع، قام القس اليسوعي الذي كان يرأس قِسمي بـ «مستشفىٰ ماساتشوستس العام»، قام بإغلاق «تروما كلينيك» بغتة، تاركًا إيانا نكافح لإيجاد موقع جديد وتمويلات جديدة من أجل علاج مرضانا، وتدريب طلابنا، وإجراء أبحاثنا؛ وفي نفس الوقت تقريبًا، فُصِل صديقي فرانك بوتنام -الذي كان يقوم بالدراسة الخاصة بالفتيات المنتهكات جنسيًا التي ناقشتها في الفصل العاشر- من عمله بـ « «المعاهد الوطنية للصحة» »؛ كما فقد ريك كلوفت Rick Kluft -وهو أعظم خبير تفارقٍ في البلاد- وحدته البحثية بـ «معهد مستشفىٰ بنسلفانيا». ربما كان الأمر كله محض مصادفة، لكنني شعرت أن عالمي كله يتعرض للهجوم.

وبهذا بدا لي أن اكترابي بشأن «تروما كلينيك» هو اختبار جيد لتجريبي لـ «إعادة المعالجة»؛ وأثناء ما كنت أتابع بعيني أصابع رفيقي، تبادر إلىٰ ذهني تسلسل سريع لمشاهد غامضة من طفولتي: محادثات حادة علىٰ مائدة العشاء مع العائلة، ومجابهات مع زملاء المدرسة أثناء الفسحة، وقذف نافذة بالحصىٰ مع أخي الأكبر - وكلها من نوع تلك الصور الحية، الطافية، «السابِقَة للاسْتيقاظ» التي نختبرها في آخر مراحل النوم الطويل المريح، ثم ننساها لحظة تمام الاستيقاظ.

وبعد حوالي نصف ساعة، قمت أنا وزميلي المتدرب بإعادة زيارة المشهد الذي أخبرني فيه مديري أنه سيغلق عيادتي؛ وحينئذ شعرت بالتسليم: «طيب، لقد حدث ذلك، والآن حان وقت المضي قدمًا». وحقًّا، فلم أنظر إلىٰ الوراء قط بعد ذلك الحين؛ كما أعادت العيادة تشييد نفسها لاحقًا وأخذت في الازدهار منذ ذلك الحين؛ فهل كانت «إعادة المعالجة» هي السبب الوحيد الذي أكسبني القدرة

علىٰ التخلص من غضبي واكترابي؟ بالطبع لن أقدر أبدًا علىٰ التيقن من ذلك، لكن رحلتي الذهنية -عبر مشاهد الطفولة غير ذات الصلة حتىٰ إنهاء الحلقة- لم تشبه أي شيء كنت قد اختبرته سابقًا في العلاج الكلامي.

بل إن ما حدث بعد ذلك، حينما جاء دوري للتدرب علىٰ «إعادة المعالجة»، كان أشد إثارة للاهتمام: قام كل منا بتغيير رفيقه، فأخبرني رفيقي الجديد -الذي لم أكن قد التقيت به قبلًا- أنه يريد معالجة حوادث مؤلمة متعلقة بأبيه وقعت في طفولته، لكنه يريد ألا يناقشها؛ لكنني لم أكن قد عملت علىٰ علاج صدمة أحدٍ قط دون معرفة «القصة»، لذا تضايقت وارتبكت من رفضه مشاركة أي تفاصيل. ثم حين كنت أحرك أصابعي أمام عينيه، بدا مكتربًا بشدة؛ إذ أجهش بالبكاء، وصار تنفسه سريعًا وضحلًا؛ لكن كلما كنت أوجه إليه الأسئلة التي يتطلبها البروتوكول، كان يرفض إخباري بما كان يخطر بباله.

وفي نهاية جلستنا التي دامت ٤٥ دقيقة، كان أول ما قاله رفيقي هو أنه وجد التعامل معي مزعجًا جدًّا لدرجة أنه لن يحيل لي مريضًا أبدًا، ثم عقَّب بقوله: وعدا ذلك، فإن جلسة «إعادة المعالجة» قد داوت الإساءة الأبوية؛ ورغم تشككي في ذلك واشتباهي في أن فظاظته تجاهي كانت ناتجة عن تحرير مشاعره تجاه والده العالقة منذ زمن طويل، إلا أن الاسترخاء صار واضحًا عليه وضوح الشمس.

حينئذ توجهت إلىٰ مدرب «إعادة المعالجة» الخاص بي، جيرالد بوك Gerald Puk، وأخبرته عن شدة حيرتي؛ إذ كان من الواضح أن هذا الرجل لم يستملحني، كما بدا مكتربًا للغاية أثناء جلسة «إعادة المعالجة»، ورغم ذلك يخبرني الآن أن بؤسه الطويل قد انتهىٰ! كيف لي أن أعلم ما انحل لديه وما لم ينحل وهو عازف عن إخباري بما حدث أثناء الجلسة؟

ابتسم جيري وسألني عن وجود أي احتمال بأنني تخصصت بمجال الصحة النفسية كي أحل بعض مشكلاتي الشخصية، فأكدت بأن معظم من يعرفوني يظنون هذا، فسألني ما إذا كنت أجد أن سرد الناس قصص صدماتهم لي هو أمر

ذو معنىً؛ ومجددًا، تحتم أن أتفق معه؛ فقال: «أتعلم يا بيسل، ربما تكون بحاجة إلىٰ تعلم إيقاف ميولك التبصصية لبعض الوقت؛ فإذا كان من المهم لك أن تسمع قصص الصدمة، فلماذا لا تذهب إلىٰ حانة ما، وتضع بضعة دولارات علىٰ الطاولة، وتقول لمجاورك: «سأهديك مشروبًا إذا أخبرتني بقصة صدمتك»؛ لكنك بحاجة ماسة إلىٰ معرفة الفرق بين رغبتك في سماع القصص وبين عملية الشفاء الداخلية لمريضك». لقد أخذت عتاب جيري علىٰ محمل الجد، ومنذ ذلك الحين وأنا أستمتع بتكراره علىٰ مسامع طلابي.

ثم أنهيت تدريب «إعادة المعالجة» وفكري منشغل بثلاث قضايا لا أزال مفتونًا بها حتىٰ يومنا هذا:

* تعمل فنية «إعادة المعالجة» علىٰ إرخاء شيء ما في الذهن/الدماغ مما يمنح الأشخاص ولوجًا سريعًا للذكريات والصور الماضية المترابطة ترابطًا خافتًا؛ ويبدو أن هذا يساعدهم علىٰ وضع الخبرة الصدمية في سياق أو منظور أكبر.

* قد يتمكن الناس من الشفاء من الصدمة دون التحدث عنها؛ إذ تمكنهم «إعادة المعالجة» من ملاحظة خبراتهم من زاوية جديدة، دون ممارسة «خذ وهات» اللفظية مع شخص آخر.

* يمكن أن تساعد «إعادة المعالجة» المريضَ حتىٰ لو لم يكن لديه علاقة موثوقة بمعالجه؛ ولقد كان هذا مثيرًا للاهتمام بشكل خاص لأن الصدمة -لأسباب مفهومة- نادرًا ما تترك الناس بقلب واثق ومنشرح.

في السنوات التي تلت ذلك، قمت بإجراء «إعادة المعالجة» مع مرضىٰ يتحدثون اللغة السواحيلية، والصينية، والبريتانية)الفرنسية القديمة)، وكل اللغات الأخرىٰ التي يمكنني أن أقول بها فحسب: «لاحظ ذلك»، وهي عبارة التوجيه الرئيسية في «إعادة المعالجة» (ولطالما كان لدي مترجم متاح، ولكن في المقام الأول لشرح الخطوات العملية). ونظرًا لأن «إعادة المعالجة» لا تتطلب من المرضىٰ أن يتحدثوا عما لا يطاق أو يشرحوا للمعالج سبب شعورهم بالتوعك

الشديد، فهي تسمح لهم بالتركيز التام علىٰ خبرتهم الداخلية، وإحداث نتائج باهرة وخارجة عن المألوف في بعض الأحيان.

تدارس «إعادة المعالجة الذكروية»

لقد أُنقذَت «تروما كلينيك» علىٰ يد المدير بـ «قسم ماساتشوستس للصحة النفسية»[1] الذي كان قد تابع عملنا مع الأطفال، حيث طلب منا حينئذ أن نتولي مهمة تنظيم «فريق الاستجابة للصدمات المجتمعية لمنطقة بوسطن»؛ فكان ذلك كافيًا لتغطية عملياتنا الأساسية، أما الباقي فقد أمدنا به طاقمنا المفعم بالنشاط الذي كان يحب ما نفعله - بما في ذلك «إعادة المعالجة الذكروية» التي اكتشفناها حديثًا وقُوّتها علىٰ علاج بعض المرضىٰ الذين كنا عاجزين عن مساعدتهم سابقًا.

وبدأت أنا وزملائي في أن نعرض علىٰ بعضنا بعضًا شرائط فيديو جلسات «إعادة المعالجة» التي أجريناها مع مرضىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة، مما مكننا من ملاحظة التحسنات الدراماتيكية أسبوعًا تلو الآخر؛ ثم شرعنا في القياس الرسمي لتقدمهم علىٰ مقياس التقييم المعياري لاضطراب الكرب التالي للصدمة، كما رتبنا أيضًا مع إليزابيث ماثيو Elizabeth Matthew، وهي أخصائية التصوير العصبي الشابة بـ «مستشفىٰ نيو إنجلاند ديكونيس»[2]، لإجراء تصويرات دماغية لاثني عشر مريضًا قبل العلاج وبعده؛ وبعد ثلاث جلسات فقط من «إعادة المعالجة»، أظهر ثمانية من الاثني عشر انخفاضًا ملحوظًا في درجات مقياس اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ كما استطعنا أن نرىٰ في مسوحهم زيادة حادة في نشاط الفص أمام الجبهي بعد العلاج، بالإضافة إلىٰ قدر أكبر من النشاط في الحزامية الأمامية والعُقَد القاعِدِيَّة[3]؛ وهذا التحول يمكن أن يفسر الاختلافَ في كيفية اختبارهم لصدماتهم الآن.

---

(1) Massachusetts Department of Mental Health.

(2) New England Deaconess Hospital.

(3) basal ganglia.

لقد أبلغ أحد الرجال قائلًا: «أتذكر الأمر كأنه كان ذكرىٰ شديدة القرب والواقعية، ثم صارت بعيدة؛ إذ عادة ما كنت أغرق فيها، لكنني هذه المرة طفوت علىٰ السطح وكان لدي شعور بأنني في موقع السيطرة»؛ كما قالت لنا إحدىٰ النساء: «سابقًا، كنت أشعر بكل خطوة فيها، لكنها الآن صارت كُلًّا مجتمِعًا، وليست أجزاءً، لذا صار من السهل إدارتها». وبهذا فقدت الصدمة سمة الفورية وصارت قصة عن شيء حدث منذ زمن طويل.

ثم حصلنا لاحقًا علىٰ تمويل مضمون من «المعاهد الوطنية للصحة النفسية» لمقارنة تأثيرات «إعادة المعالجة الذكروية» بالجرعات القياسية من بروزاك أو الدواء الغفلي٢: اشتملت الدراسة علىٰ ٨٨ مبحوثًا، فتلقىٰ ثلاثون منهم «إعادة المعالجة»، وثمانية وعشرون بروزاك، والباقي حبة سكر. وكما يحدث غالبًا، فقد تحسن أداء الذين تلقوا الدواء الغفلي؛ كما كانت نسبة تحسنهم ٤٢ في المائة بعد ثمانية أسابيع، وهي أكبر من نسبة التحسن في العديد من العلاجات الأخرىٰ التي يروج لها بأنها «قائمة علىٰ الدليل».

وكان أداء المجموعة التي تلقت بروزاك أفضل قليلًا من مجموعة العلاج الغفل، لكنه بالكاد كان كذلك، وهذا أمر نموذجي في معظم دراسات العقاقير لدىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة: إن مجرد الحضور يؤدي إلىٰ تحسن بنسبة ٣٠ إلىٰ ٤٢ في المائة، وحين تقوم الأدوية بعملها، تتراوح النسبة المضافة من ٥ في المائة إلىٰ ١٥ في المائة؛ ومع ذلك، فقد كان حال المرضىٰ الذين تلقوا «إعادة المعالجة» أفضل كثيرًا من الذين تلقوا بروزاك أو الدواء الغفلي: إذ بعد ثماني جلسات من «إعادة المعالجة»، تعافىٰ واحد من كل أربعة تعافيًا تامًّا (انخفضت درجات اضطراب الكرب التالي للصدمة إلىٰ مستويات يمكن إهمالها)، مقارنة بواحد من كل عشرة لمجموعة بروزاك. لكن الاختلاف الحقيقي حدث بمرور الوقت: فحينما أجرينا مقابلات مع مبحوثينا بعد ثمانية أشهر، أحرز ٦٠ في المائة ممن تلقوا «إعادة المعالجة» درجات تفيد أنهم قد شفيوا تمامًا؛ فكما قال الطبيب النفسي العظيم ميلتون إريكسون Milton Erickson: بمجرد أن تركل جذع الشجرة، سيبدأ النهر في الجريان؛ فبمجرد أن يبدأ الناس في إدماج

ذكرياتهم الصدمية، فإنهم يستمرون في التحسن تلقائيًا. وفي المقابل، فقد انتكس جميع الذين تلقوا بروزاك حينما توقفوا عن تناوله.

لقد اكتسبت هذه الدراسة أهمية لإثباتها أن الأسلوب المركّز المخصّص للصدمة -مثل «إعادة المعالجة الذكروية»- يمكن أن يكون أكثر فعالية من الأدوية في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة؛ كما أكدت دراسات أخرىٰ أنه إذا تلقىٰ المرضىٰ بروزاك أو غيره من الأدوية ذات الصلة -مثل سيليكسا وباكسيل، وزولوفت- فغالبًا ما تتحسن أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة، ولكن هذا التحسن مشروط بدوام تناول تلك الأدوية؛ وهذا يجعل العلاج بالعقاقير أعلىٰ تكلفة بكثير علىٰ المدىٰ الطويل (ومن المثير للاهتمام أنه علىٰ الرغم من مكانة بروزاك كأحد مضادات الاكتئاب الرئيسية، فقد أدت «إعادة المعالجة» في دراستنا أيضًا إلىٰ انخفاض أكبر في درجات الاكتئاب مقارنة بتناول مضاد الاكتئاب).

كما أظهرت دراستنا نتيجة أساسية أخرىٰ: لقد استجاب الراشدون الذين لديهم تاريخ من صدمات الطفولة لـ «إعادة المعالجة» استجابة مختلفة جدًا عن أولئك الذين أصيبوا بصدمة في مرحلة الرشد؛ إذ في نهاية الأسابيع الثمانية، أحرز ما يقرب من نصف مجموعة الصدمة الرشدية درجات تفيد أنهم قد شُفيوا تمامًا بعد تلقي «إعادة المعالجة»، في حين أظهر ٩ بالمائة فقط من مجموعة الإساءة الطفولية تحسنًا واضحًا كهذا بعد تلقي «إعادة المعالجة»؛ وبعد ثمانية أشهر، كان معدل الشفاء ٧٣ بالمائة للمجموعة الرشدية، مقارنة بـ ٢٥ بالمائة لأولئك الذين لديهم تاريخ من الإساءة. كما أن مجموعة إساءات الطفولة استجابت لبروزاك استجابة إيجابية ضئيلة ولكن مستمرة.

هذه النتائج تعزز الاستنتاجات التي أوردتها في الفصل التاسع: تسفر الإساءة المزمنة في مرحلة الطفولة عن تكيفات نفسية وبيولوجية شديدة الاختلاف عما تحدثه الأحداث الصدمية المتفرقة في مرحلة الرشد؛ وتعد «إعادة المعالجة» علاجًا قويًا للذكريات الصدمية العالقة، ولكنها لا تزيل بالضرورة آثار الخيانة، والهجر، التي تصاحب الانتهاك الجسدي أو الجنسي في الطفولة، ونادرًا ما تكون

ثمانية أسابيع من أي نوع من العلاجات كافية لإزالة إرث الصدمة الذي مكث أمدًا طويلًا.

اعتبارًا من عام ٢٠١٤م، حققت دراسة «إعادة المعالجة الذكروية» الخاصة بنا النتيجة الأكثر إيجابية وسط كل الدراسات المنشورة عن الذين أصيبوا باضطراب الكرب التالي للصدمة نتيجة حدث صادم في مرحلة الرشد؛ ولكن على الرغم من هذه النتائج، بالإضافة لتلك التي توصلت إليها عشرات الدراسات الأخرى، فلا يزال العديد من زملائي متشككين بشأن «إعادة المعالجة الذكروية» -ربما لأنها تبدو نافعة جدًا لدرجة يصعب تصديقها، وبسيطة جدًا بحيث لا تكون بمثل هذه القوة. وبالتأكيد أستطيع تفهم هذا النوع من التشكك- إذ أن «إعادة المعالجة» هي إجراء خارج عن المألوف. ومن المثير للاهتمام أن في أول دراسة علمية متينة استخدمت «إعادة المعالجة» في حالة المحاربين القدامى المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، كان من المتوقع أن يكون أداء «إعادة المعالجة» ضعيفًا جدًا بحيث ضمنها الباحثون في الدراسة باعتبارها الصورة الضابطة التي يقارنون بها العلاج بالاسترخاء بمساعدة الارتجاع البيولوجي[1]؛ ولدهشة الباحثين، فقد اتضح أن ١٢ جلسة من «إعادة المعالجة» هو العلاج الأكثر فعالية٣؛ ومنذ ذلك الحين أصبحت «إعادة المعالجة» أحد علاجات اضطراب الكرب التالي للصدمة المعتمدة من «وزارة شؤون المحاربين القدامى».

هل «إعادة المعالجة الذكروية» هي شكل من أشكال علاج التعريض؟

افترض بعض الأخصائيين النفسيين أن «إعادة المعالجة» تزيل تحسس الأشخاص للمواد الصدمية وبالتالي فهي منسوبة لعلاج التعريض؛ لكن الوصف الأدق هو أنها تدمج المادة الصدمية؛ فكما أظهر بحثنا، فلقد صار المبحوثون بعد «إعادة المعالجة» ينظرون للصدمة باعتبارها حدثًا متماسكًا وقع في الماضي، بدلًا من أن يختبروا الأحاسيس والصور مبتورة من أي سياق.

---

(1) biofeedback-assisted relaxation therapy.

تمر الذكريات بتطوير وتغيير؛ فإثر تواجد الذكرىٰ، تخضع لعملية طويلة من الإدماج وإعادة التفسير -وهي عملية تحدث تلقائيًا في العقل/الدماغ دون أي مدخلات من الذات الواعية؛ وعند اكتمال هذه العملية، يتم إدماج الخبرة مع الأحداث الحياتية الأخرىٰ وتفقد قدرة امتلاك حياة خاصة بها٤. وكما رأينا سابقًا، فهذه العملية تفشل لدىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، فتبقىٰ الذاكرة عالقة- نيئة وغير مهضومة.

وللأسف، ثلة قليلة فقط من الأخصائيين النفسيين هم من يتعلمون في تدريبهم كيف يعمل نظام معالجة الذاكرة الدماغي، ويمكن أن يؤدي هذا الإغفال إلىٰ مقاربات مضللة في العلاج؛ إذ خلافًا للرهابات (كرهاب العناكب، القائم علىٰ خوف محدد غير عقلاني)، فالكرب التالي للصدمة ناتج عن إعادة التنظيم الجذرية للجهاز العصبي المركزي القائمة علىٰ اختبارٍ لتهديد فعلي بالإبادة (أو رؤية شخص آخر يتعرض للإبادة)، مما يعيد تنظيم اختبار الذات (باعتبارها عاجزة) وتفسير الواقع (العالم كله مكان خطير).

خلال التعريض، يصاب المرضىٰ في بادئ الأمر بتوعك بالغ، وحين يعاودون زيارة الخبرة الصدمية، يظهرون ارتفاعًا حادًّا في معدل النبض، وضغط الدم، والهرمونات الكربية؛ ولكن إذا تمكنوا من ملازمة البرنامج العلاجي وواصلوا إعادة عيش صدمتهم، فإنهم يصيرون رويدًا رويدًا أقل تفاعلية وأقل عرضة للتحطم عند استرجاع الحدث؛ ونتيجة لذلك، تنخفض درجاتهم في المقاييس التدريجية لاضطراب الكرب التالي للصدمة. ورغم ذلك، فعلىٰ حد علمنا، فإن مجرد تعريض شخص ما لصدمة قديمة لا يدمج الذكرىٰ في سياق حياته الكُلِّيّ، ونادرًا ما يعيده إلىٰ مستوىٰ الإقبال البهيج علىٰ الناس وعلىٰ المساعي التي كانت لديه قبل الصدمة.

لكن في المقابل، فإن «إعادة المعالجة»، بالإضافة إلىٰ العلاجات التي أناقشها في الفصول اللاحقة -أنظمة الأسرة الداخلية، واليوجا، والارتجاع العصبي، والعلاج النفسي الحركي، والمسرح- لا يقتصر تركيزها علىٰ تنظيم

الذكريات الشديدة التي تنشطها الصدمة، وإنما تركز أيضًا علىٰ استعادة حس الوكالة، والانخراط، والالتزام بواسطة امتلاك زمام الجسم والعقل.

معالجة الصدمة باستخدام «إعادة المعالجة الذكروية»

كانت كاثي Kathy طالبة بجامعة محلية تبلغ من العمر واحدًا وعشرين عامًا، وحين قابلتها لأول مرة، كان الرعب باديًا عليها؛ وكانت حينها قد خضعت لعلاج نفسي لمدة ثلاث سنوات مع معالج وثقت به وشعرت أنه يفهمها ولكنها لم تحرز أي تقدم معه، وبعد محاولتها الثالثة للانتحار، أحالتها الخدمة الصحية الجامعية إليّ، علىٰ أمل أن تساعدها الفنية الجديدة التي أخبرتهم عنها.

وكالعديد من مرضاي الآخرين المصدومين، كانت كاثي قادرة علىٰ الاستغراق التام في المذاكرة: فحين كانت تقرأ كتابًا أو تكتب ورقة بحثية، كان بمقدورها حجب كل أمر آخر في حياتها؛ وقد مكنها هذا من أن تصير طالبة بارعة، حتىٰ في الوقت الذي لم تكن لديها أي فكرة عن كيفية تكوين علاقة حب مع نفسها، ناهيك عن شريكها الحميم.

أخبرتني كاثي أن والدها استغلها لسنوات عديدة في بغاء الأطفال، مما دفعني بطبيعة الحال إلىٰ النظر في استخدام «إعادة المعالجة» كعلاج مساعد فحسب؛ ورغم ذلك، فقد أبهرتني في «إعادة المعالجة» وتعافت تمامًا بعد ثماني جلسات، وهو أقصر وقت في خبرتي حتىٰ الآن لشخص لديه تاريخ من الإساءة الطفولية الشديدة. لقد مر علىٰ تلك الجلسات خمسة عشر عامًا، ثم التقيت بها مؤخرًا لمناقشة إيجابيات وسلبيات تبنيها لطفل ثالث؛ فوجدتها تشع سرورًا وبهجة: أنيقة، ومرحة، وبهيجة الإقبال علىٰ أسرتها وعملها بمنصب أستاذ مساعد ببرنامج نماء الطفل.

أود مشاركة ملاحظاتي حول جلسة «إعادة المعالجة» الرابعة في علاج كاثي، ليس فقط لإظهار ما يحدث عادةً في مثل هذه الجلسات ولكن أيضًا لإسدال الستار عن العقل البشري أثناء عمله علىٰ إدماج الخبرة الصدمية؛ ولا يمكن لأي تصوير دماغي، أو اِخْتِبار دَمَويّ، أو مقياس تدرجٍ أن يقيس هذا

الأمر، بل حتىٰ تسجيل الفيديو ليس بمقدوره أن ينقل سوىٰ ظلال كيفية إطلاق «إعادة المعالجة» العنان للقوىٰ الذهنية التخيلية.

جلست كاثي في كرسيها مواجهة لي بزاوية ٤٥ درجة، بحيث كانت المسافة بيننا أربعة أقدام تقريبًا؛ ثم طلبت منها أن تستحضر في ذهنها ذكرىٰ مؤلمة معينة، ثم شجعتها علىٰ استرجاع ما سمعته، ورأته، وفكرته فيه، وشعرت به في جسدها حين حدوث ذلك الأمر (لا تُظهر سجلاتي ما إذا كانت قد أخبرتني بماهية تلك الذكرىٰ المعينة؛ وظنّي أنها لم تخبرني، لأنني لم أدونها).

ثم سألتها ما إذا كانت الآن «داخل الذكرىٰ»، وحين قالت أجل، طلبت منها تقييم الواقعية التي تصبغ الذكرىٰ بمقياس يتدرج من واحد إلىٰ عشرة، فقالت: حوالي تسعة؛ ثم طلبت منها أن تتبع بعينيها إصبعي المتحرك؛ ومن حين لآخر، بعد إكمال مجموعة مكونة من حوالي خمسة وعشرين حركة عين، كنت أقول: «قومي بشهيق عميق» متبعًا هذا بقولي: «ما الذي يَحْضُرك الآن؟» أو «ما الذي يتبادر إلىٰ ذهنك الآن؟» فكانت كاثي تخبرني بما تفكر فيه؛ ومتىٰ ما أشارت نبرة صوتها، أو تعابيرها الوجهية، أو حركات جسمها، أو أنماط تنفسها إلىٰ أن هذا موضوع مهم انفعاليًا، كنت أقول: «لاحظي ذلك»، وأبدأ في مجموعة أخرىٰ من حركات العين التي لا تتحدث خلالها؛ وباستثناء تفوهي بتلك الكلمات القليلة، فقد ظللت صامتًا طوال الخمس وأربعين دقيقة التالية.

ها هو الترابط الذي أبلغت عنه كاثي بعد أول تسلسل لحركة العين: «أدرك أن هناك نُدوبًا بجسدي - تعود لحين ربط يدي خلف ظهري؛ وتوجد ندبة أخرىٰ تعود لحين وضع علامة عليّ زاعمًا أنني ملكه، كما توجد [وتشير بيدها] علامات عض». وحين كانت تسترجع الذكرىٰ الآتية، كان الذهول باديًا عليها لكنها كانت هادئة إلىٰ حد مدهش: «أتذكر أنه صب بنزينًا عليّ، ليلتقط لي صورًا فوتوغرافية، ثم غُمرني في الماء؛ ثم تعرضت لاغتصاب جماعي من أبي واثنين من أصدقائه؛ ولقد كنت مربوطة بطاولة؛ وأتذكرهم وهم يغتصبونني وفي يدهم زجاجات البيرة».

كانت بطني تعتصر وكاثي تخبرني بهذا، لكنني لم أعلق بشيء بخلاف طلبي منها أن تحفظ تلك الذكريات في ذهنها، وبعد حوالي ثلاثين حركة ذهابًا وإيابًا، توقفتُ حينما رأيتها تبتسم، وحينما سألتها عما كانت تفكر فيه، قالت: «لقد كنت في صف كاراتيه، وكان رائعًا! لقد كنت شديدة وألحقت بمنافسي هزيمة منكرة! ورأيته يتقهقر؛ فزعقت به قائلة: «ألا ترىٰ أنك تؤذيني؟ أنا لست عشيقتك»؛ حينها قلتُ لها: «الزمي هذه البقعة»، وبدأت التسلسل التالي؛ وحينما انتهىٰ التسلسل، قالت كاثي: «تَحضُرني صورة لاثنتين مني -هذه الفتاة الصغيرة الأنيقة والجميلة . . . وتلك العاهرة الصغيرة؛ إن كل هؤلاء النساء لم يستطعن الاعتناء بأنفسهن، أو بي، أو برجالهن- وتركن لي تلبية خدمات كل هؤلاء الرجال»؛ ثم أثناء التسلسل التالي أجهشَت بالبكاء، وحين توقفنا قالت: «رأيت كم كنت صغيرة -الاعتداء الوحشي علىٰ تلك الفتاة الصغيرة؛ لم تكن تلك غلطتي»، فأومأت برأسي وقلت: «هذا صحيح، الزمي هذه النقطة»؛ ثم انتهت الجولة التالية بإبلاغ كاثي قائلة: «أتخيل حياتي الآن- ذاتي الكبيرة تحمل بين يديها ذاتي الصغيرة وتقول: أنت بأمان الآن»؛ فأومأت برأسي مشجعًا وواصلت التسلسل التالي.

استمرت الصور في الحضور: تحضرني صور عن بلدوزر يدك المنزل الذي ترعرعت فيه دكًا، لقد انتهىٰ الأمر!» ثم انطلقت كاثي في مسار مختلف: «أفكر في مدىٰ إعجابي بجيفري [شاب في أحد صفوفها الدراسية]، وأفكر في أنه ربما لا يرغب في قضاء الوقت معي، كما أظن أنني لا أستطيع التعامل مع هذا الأمر؛ حيث أنني لم أكن خليلة أحد قبلًا وأجهل كيفية ذلك»؛ فسألتها عما تظن أنها بحاجة إلىٰ معرفته ثم بدأتُ التسلسل التالي؛ «الآن، هناك شخص يريد أن يكون معي فحسب - هذا أمر شديد البساطة؛ لكنني أجهل كيف أكون علىٰ طبيعتي فحسب مع الرجال؛ إذ أتجمد رعبًا حين رفقتهم».

وبينما كانت كاثي تتبع إصبعي، إذ بها تجهش بالبكاء، وحين توقفتُ قالت لي: «حضرتني صورة عن جلوسي مع جيفري بالمقهىٰ، ثم يدخل أبي من الباب، ويبدأ في الزعيق بأعلىٰ صوته وهو ممسك فأسًا بيده؛ ويقول: «ألم أقل لك إنك ملكي؟!»، ثم يضعني علىٰ سطح الطاولة - ثم يغتصبني، وبعد ذلك يغتصب

جيفري»؛ وفي هذه اللحظة كانت تبكي بحرقة وتقول: «أنَّىٰ لك فتح قلبك لشخص ما ولديك رؤىٰ عن قيام والدك باغتصابك ثم اغتصابكما أنتما الاثنين؟» كنت أرغب في مواساتها، لكنني كنت أعلم أن استمرار حضور ترابطاتها أشد أهمية؛ لذا طلبت منها التركيز علىٰ ما كانت تشعر به في جسدها: «أشعر بذلك في ساعِدَيّ وكَتِفَيّ، والجانب الأيمن من صدري؛ وأرغب في أن يحملني أحد فحسب»؛ ثم واصلنا «إعادة المعالجة» وحين توقفنا، كان الاسترخاء باديًا علىٰ كاثي، وقالت «سمعت جيفري يقول لا بأس، فلقد أُرسل إلىٰ هنا للاعتناء بي؛ وأن ذلك لم يكن ناتجًا بتاتًا عن شيء من فعلي، وأنه يرغب في أن يكون معي من أجلي». ثم سألتها مرة أخرىٰ عما تشعر به في جسدها فأجابت قائلة: «أشعر بسلام وأمان داخليين؛ مهتزة بعض الشيء - مثلما يحدث حين تستخدم عضلات جديدة، كما أشعر ببعض الارتياح؛ فجيفري يعلم كل هذا بالفعل؛ وأشعر أنني علىٰ قيد الحياة وأن الأمر بأكمله قد انتهىٰ؛ لكنني أخشىٰ أن يكون لأبي فتاة صغيرة أخرىٰ، وهذا يحزنني جدًّا، جدًّا، إذ أريد أن أنقذها».

لكن مع استمرارنا، عادت الصدمة، برفقة أفكار وصور أخرىٰ: «أنا بحاجة إلىٰ التقيؤ . . . . تحضرني روائح كريهة عديدة - الكولونيا الرديئة، والكحول، والقيء»؛ وبعد بضع دقائق، كانت الدموع تنهمر من عيني كاثي بغزارة: «أشعر حقًّا بوجود أمي هنا الآن؛ يبدو أنها تريد مني أن أسامحها؛ ولدي حس بأن الأمر ذاته قد حدث لها -فهي تعتذر لي مرارًا وتكرارًا، وتخبرني أن هذا قد حدث لها- وأن ذلك الشخص كان جَدِّي؛ كما تخبرني أن جدتي شديدة الأسف علىٰ تغيبها عن حمايتي»؛ وظللت أطلب منها القيام بتنفسات عميقة وأن تَلزم أيًّا ما يحضر.

وفي نهاية التسلسل التالي قالت كاثي: «أشعر أن الأمر قد انتهىٰ؛ لقد شعرت بأن جدتي تحملني بين يديها وأنا في عمري الحالي -وتقول لي إنها آسفة جدًّا لأنها تزوجت جدي. وأنها وأمي تحرصان علىٰ توقف الأمر هنا». وبعد إحدىٰ التسلسلات النهائية لـ «إعادة المعالجة»، كانت كاثي مبتسمة: «تحضرني

صورة قيامي بدفع والدي خارج المقهىٰ وإغلاق جيفري الباب خلفه؛ ووقوفه بالخارج؛ كما يمكننا رؤيته من خلال الزجاج- والجميع يسخرون منه».

تمكنت كاثي بمساعدة «إعادة المعالجة» من إدماج ذكريات صدمتها واستدعاء خيالها لمساعدتها علىٰ دفن تلك الذكريات، ووصلت إلىٰ حس الاكتمال والسيطرة؛ كما فعلت ذلك بأقل قدر من المدخلات مني ودون أي مناقشة لتفاصيل خبراتها (لم يراودني تشكك في دقة خبراتها قط؛ فلقد كانت خبراتها حقيقية بالنسبة لها، وكانت وظيفتي هي إعانتها علىٰ التعامل معها في الحاضر). وبهذا حررت هذه العملية شيئًا ما في ذهنها/دماغها مما أدىٰ إلىٰ تنشيط صور، ومشاعر، وأفكار جديدة؛ لقد كان الأمر كأن قوة الحياة التي بداخلها قد بزغت لتخلق إمكانيات جديدة لمستقبلها٥.

كما رأينا سابقًا، تستمر الذكريات المؤلمة في هيئة صور، وأحاسيس، ومشاعر منفصلة وغير معدَّلة؛ وفي رأيي، فالميزة الأكثر بروزًا لـ «إعادة المعالجة» هي قدرتها الجلية علىٰ تنشيط سلسلة الأحاسيس، والعواطف، والصور، والأفكار المكروهة وغير المرتبطة ظاهريًّا، إلىٰ جانب تنشيط الذكرىٰ الأصلية؛ وقد تكون هذه الطريقة لإعادة تجميع المعلومات القديمة في حزم جديدة هي الطريقة ذاتها التي ندمج بها الخبرات اليومية العادية غير الصدمية.

استكشاف رابط النوم

بعد فترة وجيزة من التعرف علىٰ «إعادة المعالجة»، طُلب مني التحدث عن عملي بمختبر النوم الذي يرأسه آلان هوبسون **Allan Hobson** في «مركز ماساتشوستس للصحة النفسية»؛ ولقد اشتهر هوبسون (مع معلمه ميشيل جوفيت **Michel Jouvet** ٦) باكتشاف موضع تَولُّد الأحلام في الدماغ، كما كان أحد مساعديه البحثيين، روبرت ستيكجولد **Robert Stickgold**، قد بدأ لتوه في استكشاف وظيفة الأحلام؛ فأريت المجموعة شريط فيديو لمريضة ظلت تعانىٰ لمدة ثلاثة عشر عامًا من درجة شديدة من اضطراب الكرب التالي للصدمة إثر

حادث مروري مروع، ثم تحولت، بعد جلستين فقط من «إعادة المعالجة»، من ضحية مذعورة عاجزة إلىٰ امرأة واثقة وحازمة؛ وكان روبرت منبهرًا بذلك.

بعد بضعة أسابيع، أصيبت صديقة لعائلة ستيكجولد باكتئاب شديد عقب وفاة قطتها لدرجة اضطرارها إلىٰ الإدخال في المستشفىٰ، وخلص استشاري الطب النفسي بالمستشفىٰ إلىٰ أن موت القطة أثار ذكريات عالقة عن وفاة أم المرأة حين كانت في الثانية عشرة من عمرها، وأوصلها بروجر سولومون Roger Solomon، وهو مدرب مشهور لأسلوب «إعادة المعالجة»، وقد نجح في علاجها؛ بعد ذلك اتصلَت بستيكجولد وقالت: «روبرت، عليك دراسة هذا الأمر؛ إنه أمر غريب جدًّا - إنه متعلق بدماغك، وليس بعقلك».

بعد فترة وجيزة ظهر مقال بمجلة «دريمنج» Dreaming يشير إلىٰ أن «إعادة المعالجة الذكروية» مرتبطة بنوم الحركة السريعة للعين (النوم الريمي REM sleep) - وهي مرحلة النوم التي يحدث فيها الحلم٧؛ وحينها كانت الأبحاث قد أظهرت بالفعل أن النوم، ونوم الأحلام علىٰ وجه الخصوص، يلعب دورًا رئيسيًا في تنظيم المزاج؛ وعلىٰ حد إشارة مقال مجلة «دريمنج»، فالعينان تتحركان ذهابًا وإيابًا بسرعة أثناء نوم حركة العين السريعة، تمامًا كحركتهما في «إعادة المعالجة»؛ وأن زيادة وقت النوم الريمي تخفف من الاكتئاب، وكلما قلت مدته، زادت احتمالية الإصابة بالاكتئاب٨.

ولا شك أن اضطراب الكرب التالي للصدمة مشتهر بارتباطه باضطرابات النوم، كما أن التداوي الذاتي بالكحول أو المخدرات يفاقم من اضطراب النوم الريمي؛ وخلال الفترة التي قضيتها في «شئون المحاربين»، كنت قد وجدت أنا وزملائي أن المحاربين القدامىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة كثيرًا ما يستيقظون من تلقاء أنفسهم بعد فترة وجيزة من دخولهم النوم الريمي٩ - وذلك علىٰ الأرجح نتيجة تنشُّط جزء من الصدمة أثناء الحلم١٠؛ كما لاحظ باحثون آخرون هذه الظاهرة، لكنهم ظنوا أن ذلك لا علاقة له بفهم اضطراب الكرب التالي للصدمة١١.

نعلم اليوم أن كلًّا من النوم العميق والنوم الريمي يلعب دورًا هامًّا في كيفية تغير الذكريات بمرور الزمن؛ إذ يعيد الدماغ النائم تشكيل الذكرىٰ عن طريق زيادة أثر المعلومات ذات الصلة الانفعالية مع تسهيل تلاشي المواد غير ذات الصلة١٢. وفي سلسلة من الدراسات البديعة، أظهر ستيكجولد وزملاؤه أن الدماغ النائم يمكنه أن يفقه المعلومات التي تكون صلتها مبهمة أثناء اليقظة وأن يدمجها في النظام الأكبر للذاكرة١٣.

هذا ولا تنفك الأحلام عن إعادة تشغيل أجزاء الذكريات القديمة، وإعادة تجميعها، وإعادة إدماجها؛ كما أن ذلك يستمر في الحدوث لأشهر عديدة بل قد يصل لسنوات١٤؛ حيث تقوم طيلة الوقت بتحديث الحقائق الجوفية التي تحدد ما تعير له عقولُنا اليقظانة انتباهَها. وربما يكون الأمر الأشد صلة بـ «إعادة المعالجة» هو أن أثناء النوم الريمي يحدث تنشيط لترابطات أبعد مقارنة بالنوم اللاريمِيّ أو حالة اليقظة الطبيعية؛ فعلىٰ سبيل المثال، حينما يوقَظ المبحوثون من النوم اللاريمِيّ ويجرون اختبار ترابط الكلمات، تصدر عنهم استجابات قياسية: ساخن/بارد، صلب/لين، إلخ؛ لكن بعد استيقاظهم من النوم الريمي، يُنشئون روابط متسمة بقدر أقل من التقليدية، مثل لص/خطأ١٥؛ كما أنهم يحلون تدريبات الجناس الناقص بسهولة أكبر بعد النوم الريمي؛ وهذا التحول نحو تنشيط الترابطات البعيدة من الممكن أن يفسر سبب كون الأحلام بهذا القدر من الغرابة١٦.

وهكذا اكتشف ستيكجولد، وهوبسون، وزملاؤهما أن الأحلام تساعد في تكوين علاقات جديدة بين الذكريات غير المرتبطة ظاهريًّا١٧. إن رؤية الروابط المبتَكَرَة هي السمة الأساسية للإبداع؛ وكما رأينا سابقًا، فهي ضرورية أيضًا للشفاء، كما أن العجز عن إعادة تجميع الخبرات هو أيضًا إحدىٰ السمات المدهشة لاضطراب الكرب التالي للصدمة؛ ففي حين أن نعوم في الفصل الرابع اقتدر علىٰ تخيل وثَّابة لإنقاذ ضحايا الإرهاب المستقبليين، إلا أن المصدومين يصيرون عالقين داخل ترابطات مجمَّدة: أي شخص يرتدي عمامة سيحاول قتلي؛ أي رجل يجدني جذابة راغب في اغتصابي.

وأخيرًا، يشير ستيكجولد إلىٰ رابط واضح بين «إعادة المعالجة الذكروية» ومعالجة الذكريات في الأحلام: «إذا كانت «إعادة المعالجة» تُحدثُ تنبيهًا ثنائي الجانب يغير حالات الدماغ بطريقة مشابهة لما يحدث أثناء النوم الريمي، فهناك الآن دليل جيد علىٰ أن «إعادة المعالجة» يتوجب أنها قادرة علىٰ استغلال العمليات المعتمدة علىٰ النوم -التي ربما تكون مطفأة أو عديمة الجدوىٰ لدىٰ مرضىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة- للسماح بمعالجة ناجعة للذكريات وإذابة الصدمة»١٨. وبهذا فالتوجيه الأساسي في «إعادة المعالجة» -وهو «أمسك هذه الصورة في ذهنك وشاهد أصابعي وهي تتحرك ذهابًا وإيابًا»- قد يعيد حقًّا إنتاج ما يحدث في الدماغ الحالم؛ وفي أوان طباعة هذا الكتاب، سأكون أنا وروث لانيوس قائمين علىٰ دراسة كيفية تفاعل الدماغ تجاه الحَرَكَات الرَمْشِيَّة للعَيْن، حين تذكُّر كلًّا من الحدث الصدمي والخبرة العادية، أثناء استلقاء المبحوثين داخل ماسح التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي، لذا ابقَ متابعًا لمستجداتنا.

الترابط والإدماج

علىٰ عكس علاج التعريض التقليدي، تُمضي «إعادة المعالجة» زمنًا قصيرًا جدًّا في إعادة زيارة الصدمة الأصلية، ولا شك أن الصدمة نفسها هي نقطة البداية، لكن التركيز منصب علىٰ تنبيه العملية الترابطية وفتحها. وكما أظهرت دراسة بروزاك/«إعادة المعالجة الذكروية»، فالعقاقير تستطيع أن تبلِّد صور الرعب وأحاسيسه، لكنها تظل منقوشة داخل العقل والجسم؛ فعلىٰ عكس الذين تحسنوا بتلقيهم بروزاك؛ الذين تبلدت ذكرياتهم ليس إلا، ولم تُدمَج باعتبارها حدثًا وقع في الماضي، وظلَّت تسبب قلقًا ملحوظًا، فإن أولئك الذين تلقوا «إعادة المعالجة» لم يعودوا يعانون من البصمات المميَّزة الخاصة بالصدمة: لقد أصبحت قصة عن حدث مروع كان قد وقع منذ زمن طويل؛ وكما قال أحد مرضاي، مع إيماءة اليد الرافضة: «لقد انتهىٰ الأمر».

رغم أننا حتىٰ الآن لا نعلم علىٰ وجه التحديد كيف تقوم «إعادة المعالجة» بعملها، إلا أن الأمر نفسه منطبق علىٰ بروزاك؛ إذ أن بروزاك له تأثير علىٰ

السيروتونين، ولكن هل ترتفع مستوياته أم تنخفض؟ وفي أي خلايا دماغية يحدث ذلك؟ ولماذا يهدئ ذلك من خوف الناس؟ كل ذلك لا يزال غير واضح. وكذلك لا نعرف على وجه التحديد لماذا يؤدي التحدثُ إلىٰ صديق تثق به إلىٰ مثل هذا الارتياح العميق، وإنني مندهش من قلة المتلهفين لاستكشاف هذا السؤال١٩.

إن الإكلينيكيين لديهم التزام وحيد: القيام بكل ما في وسعهم لمساعدة مرضاهم علىٰ التحسن، ولهذا السبب لطالما كانت الممارسة الإكلينيكية مرتعًا للتجريب؛ حيث تفشل بعض التجارب، وينجح بعضها؛ وبعضها -مثل «إعادة المعالجة الذكروية»، والعلاج الجدلي السلوكي، وعلاج «الأسرة الداخلية»- يقطع شوطًا أكبر ليغير طريقة الممارسة العلاجية؛ وإن تحري صدق كل هذه العلاجات يستغرق عقودًا من الزمان، كما تعرقله حقيقةُ أن دعم الأبحاث يتوجه عمومًا إلىٰ الأساليب التي قد أثبتت نجوعها بالفعل. وإنني لأجد راحة كبيرة في تأمّلِ تاريخ البنسلين: فلقد مر ما يقرب من أربعة عقود بين اكتشاف ألكسندر فليمنج Alexander Fleming لخصائص المضادات الحيوية في عام ١٩٢٨م وبين التبيين النهائي لآلية عمله في عام ١٩٦٥م.

الفصل السادس عشر
تعلم استيطان الجسم
اليـوجا

حينما نشرع في إعادة اختبار اتصالنا الداخلي باحتياجات جسمنا، سنكتشف لدينا قدرة جديدة تمامًا علىٰ حب الذات حبًّا دافئًا؛ ونختبر أثناء قيامنا برعاية نفسنا جودةً جديدة من الأصالة، مما يعيد توجيه انتباهنا إلىٰ صحتنا، ونظامنا الغذائي، وطاقتنا، وإدارتنا لوقتنا. كما أن هذا التحسن في الرعاية الموجَّهة للذات ينشأ عفويًّا وفطريًّا، وليس استجابة لـ «ما ينبغي»؛ كما أننا قادرون علىٰ اختبار اللذة الفورية والجوهرية في رعاية الذات.

- ستيفن كوب، «اليوجا والتفتيش عن الذات الحقيقية»

Yoga and the Quest for the True Self

حين رأيت آني Annie أول مرة، وجدتها منهارة في كرسيها بغرفة انتظار عيادتي، مرتدية بنطال جينز باهت اللون وقميصًا أرجوانيًّا يحمل صورة جيمي كليف[1]؛ كما كانت ساقاها ترتعشان ارتعاشًا واضحًا، ولم تنفك عن التحديق في الأرض حتىٰ بعد دعوتي لها لدخول مكتبي. لكنني لم أستطع الحصول منها علىٰ معلومات شخصية، باستثناء أنها في السابعة والأربعين من عمرها وتُعلِّم الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة. كان جسدها يُبلغ بوضوح أنها شديدة الخوف لدرجة

---

(١) عازف ومغني وممثل. (المترجم).

العجز عن الانخراط في الحديث - أو حتىٰ تقديم المعلومات الروتينية الخاصة بمحل إقامتها، أو خطة تأمينها. ومن يشعر بمثل هذا الخوف يكون عاجزًا عن التفكير الصائب الهادئ، وأي مطالبة له بالوظيفية ستفاقم من انطفائه؛ وإذا أصررت عليه، سيفرّ هاربًا ولن تراه ثانية أبدًا.

في بادئ الأمر، جرَّت آني قدميها إلىٰ مكتبي وظلت واقفة، وكانت بالكاد تلتقط أنفاسها؛ يمكنني القول أنها كانت كطائر متجمد. وكنت أعلم أننا لا نستطيع فعل أي شيء إلا بعد أن أتمكن من مساعدتها علىٰ الهدوء، لذا انتقلت من مكاني حتىٰ صرت علىٰ مسافة ستة أقدام منها حارصًا علىٰ أن يكون لديها ممر إلىٰ باب الخروج ليس به أية عراقيل؛ ثم حثثتها علىٰ زيادة عمق تنفسها قليلًا؛ وتنفستُ معها وطلبت منها أن تحذو حذوي، رافعًا ذراعَيّ من جانبَيّ بلطف مع شهيقها وخافضًا لهما مع زفيري، وهي فنية من رياضة الكيغونغ قد علمنيها أحد طلابي الصينيين. ظلت تتبع حركاتي مِنْ طَرْفٍ خَفِيّ، وعيناها مثبتتين علىٰ الأرض كما هما. فأمضينا نصف ساعة تقريبًا علىٰ هذا النحو، ومن حين لآخر كنت أطلب منها بهدوء أن تلاحظ شعورها بملامسة قدميها للأرض وكيف يتمدد صدرها ويتقلص مع كل نفس. ثم رويدًا رويدًا صار تنفسها أبطأ وأعمق، ولانت قسمات وجهها، كما انتصب ظهرها بعض الشيء، وارتفعت عيناها إلىٰ مستوىٰ تفاحة آدم تقريبًا؛ فبدأت أحس بالشخص المختبئ وراء هذا الرعب الساحق. وفي نهاية المطاف، بدت أكثر استرخاءً وأرتني بصيص ابتسامة، وهو اعتراف بأننا كنا معًا داخل الغرفة. حينئذ اقترحتُ أن نتوقف عند هذا الحد الآن -إذ كنت قد وجهت لها ما يكفي من الطلبات والأوامر- وسألتها عما إذا كانت ترغب في العودة بعد أسبوع؛ فأومأت برأسها متمتمة: «إنك لغريب الأطوار».

حينما تعرفت علىٰ آني، استنتجتُ مما كتبَته ورسمته أنها تعرضت لإساءات مروعة من أبويها حين كانت شديدة الصغر، لكنها لم تكشف الستار عن القصة الكاملة في البداية، وإنما تدريجيًّا، بعد أن تعلمَت استدعاء بعض الأمور التي حدثت لها رويدًا رويدًا دون الغرق في طوفان القلق.

علمتُ أن آني ماهرة في عملها مع الأطفال ذوي الاحتياجات الخاصة ومكترثة إلىٰ حد غير مألوف (ولقد جربتُ عددًا لا بأس به من فنياتها مع أطفال عيادتنا ووجدتها نافعة للغاية)؛ حيث كانت تتحدث بحرية عن الأطفال الذين تقوم بتعليمهم، لكن الخرس كان ينتابها فورًا إذا اقتربنا من علاقاتها بالراشدين؛ ثم علمت أنها متزوجة، لكن لم تذكر زوجها إلا نادرًا جدًّا. ثم علمت أنها غالبًا ما كانت تتعامل مع الخلافات والمجابهات بإطفاء ذهنها؛ وحينما كانت تشعر بالانسحاق، كانت تجرح ذراعيها وثدييها بشفرة حلاقة؛ وأنها كانت قد أمضت سنوات عديدة في أشكال مختلفة من العلاجات وجربت العديد من الأدوية المختلفة، والتي لم تقدم نفعًا يذكر في مساعدتها علىٰ التعامل مع آثار ماضيها الرهيب؛ كما كانت قد أدخلت في العديد من المستشفيات النفسانية في سبيل التحكم بسلوكياتها المدمرة للذات، ودون فائدة تذكر، مجددًا.

نظرًا لأن آني لم تكن تستطيع فعل شيء لا يصيبها بالانطفاء والتجمد، سوىٰ التلميح إلىٰ ما تشعر به وتفكر فيه، فقد ركزنا في باكورة جلساتنا العلاجية علىٰ تهدئة الفوضىٰ الفسيولوجية التي بالداخل؛ فاستخدمنا كافة الفنيات التي كنت قد تعلمتها علىٰ مدار السنين السابقة، كالتنفس مع التركيز علىٰ الزفير، والذي ينشط الجهاز العصبي اللاودي الباعث علىٰ الاسترخاء؛ كما علمتها استخدام أصابعها للنقر علىٰ سلسلة نقاط الضغط الإبري بالأجزاء المختلفة من جسدها، وهي ممارسة تُدرَّس غالبًا باسم «فنية الحرية الانفعالية[(١)]»، والتي ثبت أنها تساعد المرضىٰ علىٰ البقاء في نافذة الإطاقة وغالبًا ما يكون لها تأثيرات إيجابية علىٰ أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة١.

إرث الصعق الذي لا مفر منه

نظرًا لأننا الآن نقدر علىٰ تحديد الدوائر الدماغية المنوطة بجهاز الإنذار، فنحن نعلم -إلىٰ حد ما- ما كان يحدث في دماغ آني حين كانت جالسة بغرفة انتظار عيادتي في ذلك اليوم الأول: لقد تم تعديل كاشف دخانها

(1) Emotional Freedom Technique (EFT).

-لوزتها الدماغية- لتفسير مواقف معينة على أنها نذائر خطر مهدد للحياة، فهي ترسل إشارات مُلِحّة إلىٰ دماغها المسئول عن النجاة ليُحدث استجابات القتال، أو التجمد، أو الفرار؛ كل أولئك كانوا يتتابون آني في آن واحد - لذا كان ينتابها الاهتياج الواضح والانطفاء الذهني.

وكما رأينا سابقًا، فيمكن أن تتجلىٰ أجهزة الإنذار المعطوبة في صور مختلفة، وإذا اختل كاشف دخانك، تصير عاجزًا عن الوثوق في دقة مدركاتك الحسية؛ فعلىٰ سبيل المثال، حينما بدأت آني تستملحني، شرعتْ في التطلع إلىٰ لقاءاتنا، لكنها كانت تصل مكتبي وهي في حالة من الهلع الشديد؛ وذات يوم انتابتها ارتدادات ذكروية عن شعورها بالحماس لأن أبيها عائد من سفره قريبًا، ولكنه في وقت لاحق من ذلك المساء تحرش جنسيًّا بها؛ وحينئذ أدركت لأول مرة أن عقلها يربط تلقائيًّا بين الحماس تجاه رؤية شخص تحبه وبين الرعب من التعرض للتحرش.

الأطفال الصغار ماهرون جدًّا في تقسيم الخبرة، بحيث أن حب آني الفطري لوالدها ورعبها من اعتداءاته كانا محتجزين في حالتين من الوعي منفصلتين؛ إذ كانت آني في مرحلة الرشد تلوم نفسها علىٰ الانتهاك الذي وقع عليها، لأنها كانت تعتقد أن الفتاة الصغيرة المحبة المتحمسة هي التي أغرت والدها - أنها هي التي جلبت التحرش لنفسها؛ ولكن عقلها المنطقي كان يخبرها أن هذا محض هراء، إلا أن هذا الاعتقاد كان منبثقًا من أعماق دماغها الانفعالي، دماغ البقاء/النجاة؛ من دوائر جهازها الحوفي الأساسية؛ ولن يتغير هذا الاعتقاد إلا بعد أن تشعر بالأمان الكافي داخل جسدها لتعود بذهن يقظ إلىٰ تلك الخبرة وتعلم حقًّا ما شعرت به تلك الفتاة الصغيرة وكيف تصرفت أثناء الانتهاك.

الخدر الداخلي

إحدىٰ طرق تخزين ذكرىٰ العجز هي توتر العضلات أو الشعور بالانفكاك في مناطق الجسم المصابة: كالرأس، والظهر، والأطراف لدىٰ ضحايا الحوادث،

والمهبل والمستقيم في ضحايا الانتهاك الجنسي؛ لذا تدور حياة العديد من الناجين من الصدمات حول إخراس الخبرات الحسية المكروهة وطمس تأثيرها، وإن معظم من أراهم في ممارستي قد صاروا خبراء في هذا التخدير الذاتي؛ وفي هذا قد يصابون تدريجيًّا بالسمنة، أو فقدان الشهية، أو إدمان التريّض أو العمل؛ كما يحاول ما لا يقل عن نصف المصدومين تبليد عالمهم الداخلي الذي لا يطاق بواسطة المخدرات أو الكحول. أما الوجه الآخر للخدر فهو السعي وراء الإحساس؛ حيث يجرح كثير من الناس أنفسهم للتخلص من الخدر، في حين يحاول آخرون ممارسة القفز الحر أو الأنشطة عالية الخطورة كالدعارة والمقامرة؛ إذ يمكن لأي من هذه الأساليب أن تمنحهم شعورًا زائفًا ومتناقضًا بالسيطرة.

حينما يعيش الناس في خوف أو غضب مزمن، فإن التوتر العضلي المستمر يؤدي في نهاية المطاف إلىٰ التقلصات، وآلام الظهر، والصداع النصفي، والألم العضلي الليفي، وأشكال أخرىٰ من الألم المزمن؛ وهكذا فربما يزورون أطباء تخصصات متعددة، ويخضعون لاختبارات تشخيصية مستفيضة، وتوصف لهم أدوية متعددة، وقد يوفر بعضها راحة مؤقتة ولكنها جميعًا تفشل في معالجة المشكلات الكامنة؛ ربما سيصل تشخيصهم إلىٰ صياغة تعريفٍ لواقعهم، لكنه لن يتجاوز ذلك بتاتًا، غير مدرك لأن هذا الواقع هو أحد أعراض سعيهم للتكيف مع الصدمة.

لقد انصب تركيز العامين الأولين من جلساتي العلاجية مع آني علىٰ مساعدتها علىٰ تعلم إطاقة أحاسيسها الجسدية كما هي عليه - مجرد أحاسيس في الحاضر، ذات بداية، ووسط، ونهاية؛ حيث تعاونّا علىٰ مساعدتها علىٰ حفظ هدوءها بما يكفي لملاحظة ما تشعر به دون إصدار أحكام، حتىٰ تتمكن من ملاحظة تلك الصور والمشاعر الاقتحامية باعتبارها بقايا ماضٍ رهيب لا بأنها تهديدات سرمدية لحياتها اليوم.

يدفعنا المرضىٰ المشابهين لـ آني دفعًا متواصلًا نحو إيجاد طرق جديدة لمساعدة الناس علىٰ تنظيم تيقظهم والتحكم في فسيولوجيتهم؛ وهكذا عثرت أنا وزملائي بـ «تروما سنتر» علىٰ اليوجا، من غير موعد ولا قصد.

اكتشافنا اليوجا بمحض الصدفة: التنظيم الصعودي

لقد بدأ التقاؤنا باليوجا في عام ١٩٩٨م حينما سمعت أنا وجيم هوبر Jim Hopper لأول مرة عن واسم بيولوجي[1] جديد، وهو تغيرية معدل النبض، حيث كان قد اكتشف مؤخرًا أنها مقياس مناسب لجودة عمل الجهاز العصبي المستقل؛ وكما تتذكر من الفصل الخامس، فالجهاز العصبي المستقل هو أبسط جهاز نجاة لدىٰ دماغنا، ويقوم فرعاه بتنظيم التيقظ في جميع أنحاء الجسم. يمكننا القول بصياغة تقريبية مبسطة أن الجهاز العصبي الودي يستخدم مواد كيميائية -مثل الأدرينالين- توقد الجسم والدماغ لاتخاذ الإجراءات، في حين يستخدم الجهاز اللاودي الأسيتيل كولين للمساعدة في تنظيم وظائف الجسم الأساسية كالهضم، والتئام الجروح، ودورات النوم والحلم. وحينما تكون في أفضل حالاتنا، يعمل هذان النظامان سويًا بشكل وثيق لإبقائنا في حالة مثالية من الانخراط في بيئتنا والإقبال علىٰ أنفسنا.

أما تغيرية معدل النبض فهي تقيس التوازنَ النسبي بين الجهازين الودي واللاودي؛ فأثناء شهيقنا يتنبه الودي، مؤديًا إلىٰ زيادة معدل النبض، ثم ينبه الزفير الجهاز العصبي اللاودي، مما يقلل من سرعة دقات القلب. وعند الأفراد الأصحاء، يسفر الشهيق والزفير عن تقلبات منتظمة ومتوازنة في معدل النبض: وهكذا تكون جودة تغيرية معدل النبض هي مقياس العافية الأساسية.

لماذا تعتبر هذه المتغيرية هامة؟ حينما يكون نظامنا العصبي المستقل في حالة اتزان جيد، يكون لدينا درجة معقولة من التحكم في استجابتنا للإحباطات وخيبات الأمل الطفيفة، مما يمكّننا من التقييم الهادئ لما يجري حين شعورنا بالإهانة أو الاستبعاد؛ حيث أن تعديل التيقظ بفعّالية يمنحنا السيطرةَ علىٰ اندفاعاتنا وعواطفنا: فما دمنا قادرين علىٰ حفظ هدوئنا، يكون بمقدورنا اختيار كيفية استجابتنا. أما الأفراد الذين يعانون من ضعف تعديل الجهاز العصبي المستقل، فمن السهل اختلال توازنهم، عقليًا وجسديًا؛ ونظرًا لأن الجهاز المستقل ينظم التيقظ في كل من الجسم والدماغ، فإن ضعف المتغيرية

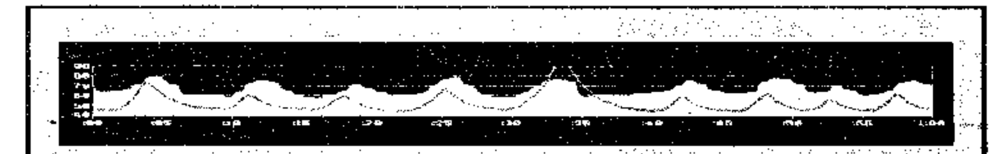
---

(1) biological marker.

-أي نقص التقلب في معدل النبض استجابة للتنفس- لا تقتصر آثاره السلبية علىٰ التفكير والشعور فحسب، بل يؤثر أيضًا علىٰ كيفية استجابة الجسم للكرب؛ كما اكتشفنا أن غياب الاتساق بين التنفس ومعدل النبض يجعل الناس عرضة لمجموعة متنوعة من الأمراض الجسدية، مثل أمراض القلب والسرطان، بالإضافة إلىٰ المشاكل النفسية مثل الاكتئاب واضطراب الكرب التالي للصدمة٢.

ولكي ندرس هذه المشكلة بشكل أوسع، استجلبنا آلة لقياس تغيرية معدل النبض، حيث لففنا أشرطة حول صدور أفراد مجموعتين إحداهما مصابة باضطراب الكرب التالي للصدمة والأخرىٰ لا، لتسجيل عمق تنفسهم وإيقاعه أثناء رصد نبضهم بمراقبات صغيرة موصولة بشحمة أذنهم؛ وبعد إجرائنا اختبارات لحوالي ستين شخصًا، تجلّىٰ أن المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة لديهم انخفاض شاذ في معدل النبض؛ بعبارة أخرىٰ: يصير الجهازان الودي واللاودي غير متزامنين في اضطراب الكرب التالي للصدمة٣. ولقد أضاف هذا التواء جديدًا إلىٰ تَعقُّد قصة الصدمة: فلقد أثبتنا وجود جهاز تنظيم دماغي آخر لا يؤدي وظائفه كما ينبغي٤. وإن الفشل في الحفاظ علىٰ توازن هذا الجهاز لهو أحد التفسيرات التي تجعل المصدومين مثل آني معرضين لفرط الاستجابة للكروب الطفيفة نسبيًا: فالأجهزة البيولوجية الهادفة إلىٰ مساعدتنا علىٰ التكيف مع تقلبات الحياة تفشل في التعامل مع التحدي.

لذا كان سؤالنا العلمي التالي: هل هناك وسيلة يستطيع بها الناس تحسين متغيرية معدل نبضهم؟ ولقد كان لدي حافز شخصي لاستكشاف هذا السؤال، حيث اكتشفت أن متغيرية معدل نبضي لم تكن قريبة حتىٰ من القدر الذي يضمن صحة جسدية طويلة؛ وبالبحث في شبكة الإنترنت وجدنا دراسات تظهر أن سباق الماراثون يزيد من المتغيرية زيادة ملحوظة، لكن للأسف، لم يكن ذلك ذا فائدة كبيرة، إذ لم أكن أنا ولا أي مريض من مرضانا مرشَّحًا جيدًا لماراثون بوسطن. كما أدرج «جوجل» سبعة عشر ألف موقع يوجا كلهم يدَّعون أن اليوجا حسّنت من المتغيرية، لكننا لم نتمكن من العثور علىٰ أي دراسات داعمة. ربما قام ممارسو اليوجا بتصميم وسيلة رائعة لمساعدة الناس علىٰ الوصول للتوازن الداخلي والصحة، ولكن بالعودة بالزمن إلىٰ عام ١٩٩٨م، فلم يبذل أحد جهدًا قيِّمًا في تقييم ادعاءاتهم باستخدام أدوات الثقافة الطبية الغربية.



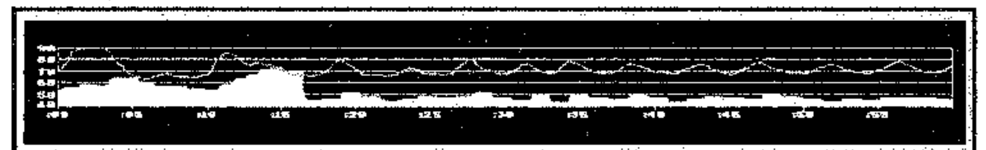
تغيرية معدل النبض (HRV) لدى شخص حسن التنظيم. يمثل صعود الخطوط السوداء وهبوطها عملية التنفس، وفي هذه الحالة: الشهيق والزفير بطيئان ومنتظمان. وتظهر المنطقة الرمادية التقلبات في معدل النبض: فكلما يشهق هذا الشخص، يرتفع معدل نبضه؛ ثم يبطؤ القلب أثناء الزفير. وهذا النمط من تغيرية معدل النبض يعكس صورة صحة فسيولوجية ممتازة.



الاستجابة للتوعك. حينما يتذكر أحد خبرة موعكة، تزداد سرعة التنفس ويختل انتظامه، وكذلك معدل النبض؛ وبهذا يخرج القلب والتنفس من حالة التزامن المثالي. وهذه هي الاستجابة الطبيعية.



تغيرية معدل النبض في اضطراب الكرب التالي للصدمة. التنفس سريع وضحل، كما أن معدل النبض بطيء وغير متزامن مع التنفس. وهذا هو النمط النموذجي للشخص المصاب باضطراب الكرب التالي للصدمة المزمن.



شخص مصاب باضطراب الكرب التالي للصدمة المزمن يعاود عيش ذكرى الصدمة. يكون التنفس في البداية جُهديًّا[1] وعميقًا، وهذا أمر نموذجي في استجابة الهلع؛ كما يتسارع معدل النبض ليخرج عن تزامنه مع التنفس؛ ويتبع ذلك تنفس سريع وضحل وبطء في معدل النبض، وهي علامات على دخول الشخص في وضع الانطفاء.

---

(١) labored breathing: هو تَنَفُّسٌ غَيْرُ طَبِيعيٍّ يَتَميَّز بوجود دَليلٍ علىٰ زِيادَة المَجْهُود، بما في ذلك اسْتِخْدامُ عَضَلاتِ التنفس الإضافية في جِدارِ الصَّدْر، أو إصدار صوت يشبه الصَّرِير أو الشَّخِير أو الأصوات التي تشبه ما يصدره صغار الحيوانات أثناء التنفس، أو توسُّع المِنْخَرَيْن. (ح)

ورغم ذلك، فمنذ ذلك الحين والأساليب العلمية تؤكد أن تغيير كيفية التنفس يمكن أن يحسن مشاكل الغضب، والاكتئاب، والقلق٥؛ وأن اليوجا يمكن أن تؤثر تأثيرًا إيجابيًا علىٰ تلك المشاكل الطبية واسعة النطاق كارتفاع ضغط الدم، وزيادة إفراز الهرمونات الكربية٦، والربو، وآلام أسفل الظهر٧. ومع ذلك، فلم تنشر أي مجلة نفسانية دراسةً علمية عن اليوجا في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة حتىٰ ظهور عملنا في عام ٢٠١٤م٨.

ما حدث في واقع الأمر أنه بعد أيام قليلة من بحثنا في الإنترنت، دخل علينا من الباب الأمامي لـ «تروما سنتر» مدرس يوجا نحيف البنية يُدعىٰ ديفيد إيمرسون David Emerson، ليخبرنا أنه كان قد صمم شكلًا معدلًا من «يوجا الهاثا»[1] للتعامل مع اضطراب الكرب التالي للصدمة وأنه كان يعقد دروسًا للمحاربين القدامىٰ بمركز محلي للمحاربين القدامىٰ وللنساء في «مركز منطقة بوسطن لأزمات الاغتصاب»[2]؛ ويسأل ما إذا كانت لدينا رغبة في العمل معه؟ إن زيارة ديف هذه أخذت في التنامي لتتحول في نهاية المطاف إلىٰ برنامج يوجا مفعم بالنشاط، كما تلقينا في الوقت المناسب أول منحة من «المعاهد الوطنية للصحة» لدراسة آثار اليوجا علىٰ اضطراب الكرب التالي للصدمة. كما ساهم عمل ديف في نشأة ممارستي الشخصية لليوجا علىٰ نحو منتظم وفي أن أصير معلمًا مواظبًا في «كريبالو» Kripalu، وهو مركز يوجا في جبال بيركشاير بغرب ماساتشوستس (وخلال هذه الفترة تحسن نمط متغيريتي أيضًا).

حين اخترنا استكشاف اليوجا لتحسين المتغيرية، اتبعنا مقاربة مستفيضة لحل المشكلة؛ إذ كان بمقدورنا أن نستخدم بكل بساطة أي عدد من الأجهزة المحمولة ذات الأسعار المعقولة التي تدرب الناس علىٰ إبطاء تنفسهم ومزامنته مع معدل النبض، مما يؤدي إلىٰ حالة من «التماسك القلبي» مثل النمط الموضح في الرسم التوضيحي الأول أعلاه٩؛ كما يوجد اليوم مجموعة متنوعة من

---

(1) hatha yoga.

(2) Boston Area Rape Crisis Center.

التطبيقات التي يمكن أن تساعد في تحسين المتغيرية بمساعدة الهاتف الذكي[١٠]؛ ولدينا في عيادتنا محطات عمل حيث يمكن للمرضىٰ تدريب متغيريتهم؛ كما أحث جميع مرضاي الذين لا يستطيعون -لسبب أو لآخر- ممارسة اليوجا، أو الفنون القتالية، أو الكيغونغ؛ أحثهم علىٰ تدريب أنفسهم داخل بيتهم (انظر «الموارد» لمزيد من المعلومات).

استكشاف اليوجا

لقد قادنا قرار دراسة اليوجا إلىٰ أبعاد أعمق للآثار التي تتركها الصدمة علىٰ الجسم؛ إذ قدم لنا استوديو مجاور تبرعًا سخيًّا بتوفيره لنا غرفة عقدنا فيها اجتماعات الدروس التجريبية الأولىٰ لليوجا، كما تطوع ديفيد إيمرسون وزميلتاه دانا مور Dana Moore وجودي كاري Jodi Carey بدور المدربين، وتوصل فريقي البحثي إلىٰ أفضل السبل لقياس تأثيرات اليوجا علىٰ الوظيفية النفسية؛ فوضعنا منشورات في المحلات التجارية والمغاسل المجاورة للإعلان عن دروسنا وأجرينا مقابلات مع عشرات الأشخاص الذين اتصلوا استجابةً للإعلان؛ وفي النهاية، اخترنا سبعًا وثلاثين امرأة لديهن تاريخ صدمة شديدة وكن قد تلقين بالفعل سنوات عديدة من العلاج النفسي دون فائدة تذكر؛ وتم اختيار نصف المتطوعات اختيارًا عشوائيًّا للالتحاق بمجموعة اليوجا، أما المجموعة الأخرىٰ فقد تلقت علاجًا راسخ القدمين في ميدان الصحة النفسية، وهو العلاج السلوكي الجدلي، الذي يعلم الناس كيفية استعمال اليقظة الذهنية للحفاظ علىٰ الهدوء والسيطرة؛ وأخيرًا، كلفنا مهندسًا من «معهد ماساتشوستس للتكنولوجيا» بتصميم حاسوب معقد يستطيع قياس تغيرية معدل النبض لدىٰ ثمانية أشخاص مختلفين في آن واحد (كانت هناك فئات متعددة في كل مجموعة دراسة، كل فئة منها لا تزيد عن ثمانية مشاركين). ووجدنا أن اليوجا حسنت إلىٰ حد كبير من مشاكل التيقظ في اضطراب الكرب التالي للصدمة وحسنت علاقة الأشخاص بجسدهم تحسينًا دراماتيكيًّا («أنا الآن أعتني بجسدي»؛ «أنا أستمع إلىٰ ما يحتاجه جسدي»)، في حين أن ثمانية أسابيع من العلاج السلوكي الجدلي لم تؤثر علىٰ مستويات التيقظ

أو أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة لدىٰ المجموعة الأخرىٰ؛ وهكذا تطور اهتمامنا باليوجا شيئًا فشيئًا من التركيز علىٰ معرفة ما إذا كانت اليوجا تستطيع تغيير تغيرية معدل النبض (وهو ما تستطيعه)١١ إلىٰ مساعدة المصدومين علىٰ تعلم استيطان أجسادهم المعذبة استيطانًا مريحًا.

مع مرور الوقت، ابتدأنا أيضًا برنامج يوجا لمشاة البحرية في قاعدة «كامب ليجون» Camp Lejeune ونجحنا في التعاون مع العديد من البرامج الأخرىٰ لإجراء برامج يوجا للمحاربين القدامىٰ المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة؛ ورغم عدم وجود بيانات بحثية رسمية عن المحاربين القدامىٰ، إلا أن اليوجا تبدو ناجعة في حالتهم علىٰ الأقل بقدر نجوعها مع النساء اللائي كن في دراستنا.

إن جميع برامج اليوجا عبارة عن مزيج من:

١) ممارسات التنفس (براناياما pranayama).

٢) الإطالات أو الوضعيات (أساناس asanas).

٣) التأمل meditation.

وتؤكد مدارس اليوجا المختلفة علىٰ الفروق في شدة هذه المكونات الأساسية وتركيزها؛ فعلىٰ سبيل المثال، إن اختلاف سرعة التنفس وعمقه، واستخدام الفم، والأنف، والحلق، كل ذلك يسفر عن نتائج مختلفة، كما أن بعض الفنيات لها تأثيرات قوية علىٰ الطاقة١٢. لكننا في دروسنا نحافظ علىٰ بساطة النهج، إذ أن كثيرًا من مرضانا يكونون بالكاد واعين بتنفسهم، ولذا فإن تعلم التركيز علىٰ الشهيق والزفير، وملاحظة ما إذا كان التنفس سريعًا أم بطيئًا، وإحصاء الأنفاس في بعض الوضعيات؛ كل ذلك يُعد إنجازًا مهمًّا١٣.

نقدم لهم تدريجيًّا عددًا محدودًا من الوضعيات التقليدية، ولا ينصب تركيزنا علىٰ «مطابقة» الوضعية النموذجية وإنما علىٰ مساعدة المشاركين علىٰ ملاحظة أي العضلات تنشط في الأوقات المختلفة؛ ولقد تم تصميم التسلسلات لتكوين إيقاع بين التوتر والاسترخاء - وهو أمر نأمل أن يشرعوا في إدراكه في حياتهم اليومية.

لكن نهجنا في تعليم التأمل مختلف، فما نقوم به هو تعزيز اليقظة الذهنية بتشجيع الطلاب علىٰ ملاحظة ما يحدث في أجزاء الجسم المختلفة من وضعية لأخرىٰ؛ وهذا لأننا نشاهد دائمًا في دراساتنا مدىٰ صعوبة وصول المصدومين إلىٰ الاسترخاء التام والأمان الجسدي في أجسادهم؛ فحين قمنا بقياس تغيرية معدل النبض لمبحوثينا بوضع مراقبات صغيرة علىٰ أذرعهم أثناء وضعية الـ شفاسانا[1]؛ وهي الوضعية الموجودة في نهاية معظم دروس اليوجا حيث يستلقي الممارسون مولين وجوههم للأعلىٰ، وراحة يديهم للأعلىٰ، مع إرخاء أرجلهم؛ حين قسنا التغيرية لم نجدهم في حالة الاسترخاء، وإنما التقطنا نشاطًا عضليًّا كبيرًا وإشارات مشوشة؛ وهذا معناه أنه بدلًا من دخول عضلات طلابنا في حالة الهدوء والسكون، غالبًا ما واصلت إعدادهم لمحاربة أعداء غير مرئيين. وهكذا يظل التحدي الرئيسي في التعافي من الصدمة هو القدرة علىٰ تحقيق حالة من الاسترخاء التام والاستسلام المأمون.

تعلم التنظيم الذاتي

بعد رؤيتنا لنجاح دراساتنا التجريبية، ابتدأنا برنامج يوجا علاجي بـ «تروما سنتر»، وارتأيت أن هذه قد تكون فرصة آني لتكوين علاقة مع جسدها تزيد فيها من رعايتها له، فحثثتها علىٰ تجربتها. وكان درسها الأول صعبًا؛ إذ كان مجرد لمس المدرب لها لتعديل وضعيتها أمرًا شديد الإرعاب لدرجة أنها عادت إلىٰ بيتها وجرحت نفسها - لقد فسر جهاز إنذارها المختل اللمسة اللطيفة علىٰ ظهرها بأنها اعتداء. لكن في الوقت نفسه أدركت آني أن اليوجا قد توفر لها وسيلة لتحرير نفسها من حس الخطر الدائم الذي تشعر به داخل جسدها؛ ومع تشجيعي لها عادت في الأسبوع التالي.

لطالما وجدَت آني أن الكتابة عن خبراتها أسهل من التحدث عنها، وبعد تلقيها درس اليوجا الثاني كتبت لي: «لا أحيط علمًا بكل الأسباب التي تجعل اليوجا مرعبة إلىٰ هذه الدرجة بالنسبة لي، لكن ما أعلمه يقينًا هو أنها ستكون

---

(1) shavasana.

مصدرًا رائعًا لشفائي ولهذا أدفع نفسي لتجربتها. تدور اليوجا حول النظر للداخل بدلًا من الخارج والاستماع إلىٰ جسدي، لكن قدرًا كبيرًا من غريزة البقاء الخاصة بي أعيد توجيهه للامتناع الأبدي عن فعل هذه الأمور؛ إذ كان قلبي يتسارع أثناء ذهابي إلىٰ الدرس اليوم وكان جانبٌ مني راغبًا بشدة في الالتفاف والعودة، لكن بعد ذلك ظللت أضع قدمًا أمام الأخرىٰ حتىٰ وصلت إلىٰ الباب ودخلت؛ وبعد انتهاء الدرس، عدت إلىٰ البيت ونمت أربع ساعات؛ ثم حاولت في ذلك الأسبوع ممارسة اليوجا في البيت، وحضرتني عبارة «جسمك لديه أمور يرغب في قولها»، فرددت علىٰ نفسي قائلة: «سأحاول وسأستمع».

بعد بضعة أيام كتبت آني: «بعض الأفكار أثناء اليوجا اليوم وبعدها: خطر ببالي تحتم شدة انفصالي عن جسدي حين كنت أجرحه؛ إذ أثناء قيامي بتمارين الوضعيات، لاحظت أن فكي والمنطقة بأكملها البادئة من نهاية ساقَيّ والمنتهية بسُرَّتي هي الموضع الذي أكون فيه مشدودة، ومتوترة، وحاملة للألم والذكريات. لقد كنتَ تسألني أحيانًا عن موضع شعوري بالأمور وكنت أعجز حتىٰ عن البدء في تحديد موضعها، لكنني اليوم شعرت بهذه المواضع بوضوح شديد وبكيت برِقَّة ولطف».

في الشهر التالي، سافر كل منا في إجازة، ودعوت آني لأن نبقىٰ علىٰ اتصال، فكتبت لي مرة أخرىٰ: «كنت أمارس اليوجا بمفردي في غرفة تطل علىٰ البحيرة؛ وما زلت أقرأ الكتاب الذي أعرتني إياه (الكتاب الرائع لستيفن كوب «اليوجا والتفتيش عن الذات الحقيقية»)؛ وإنه لمن المثير للاهتمام حقًّا أن أتأمل في مدىٰ رفضي الاستماع لجسمي، الذي هو جانب مهم من كينونتي، لكنني حينما مارست اليوجا البارحة، فكرت في السماح لجسمي بإخباري بالقصة التي يرغب في روايتها، ثم أثناء وضعيات التفريج بين الوركين، انبثق قدر كبير من الألم والحزن؛ وأظن أن عقلي لن يسمح بظهور تلك الصور الحية ما دمت بعيدة عن المنزل، وهذا أمر جيد. أفكر الآن في مدىٰ اختلال توازني وفي مدىٰ صعوبة سعيي لإنكار الماضي، الذي هو جزء من ذاتي الحقيقية، وأنني إذا فتحت الباب الذي بيننا سأجد أمورًا كثيرة أستطيع تعلمها؛ وحينئذ لن أكون مضطرة إلىٰ محاربة نفسي كل دقيقة كل يوم».

إحدىٰ أصعب الوضعيات التي جاهدت آني لإطاقتها هي الوضعية التي يُطلق عليها غالبًا اسم «الطفل السعيد» Happy Baby، حيث تستلقي علىٰ ظهرك مع ثني ركبتيك وتقريبهما تجاه الصدر، ثم رفع الرجلين للأعلىٰ بحيث يواجه باطن قدميك السقف، ثم إمساك أصابع قدميك بيديك؛ فيؤدي هذا إلىٰ تدوير الحوض إلىٰ وضع الانفتاح علىٰ مصراعيه؛ ومن السهل أن نفهم لماذا تُشعر تلك الوضعية ضحيةَ الاغتصاب بالتعرض والانكشاف البالغ. وطالما أن «الطفل السعيد» (أو أي وضعية تشبهها) تسبب حالة هلع شديد، يلاقي المرء صعوبة في العلاقة الحميمة؛ ولهذا نجد أن تعلّم وضعية الطفل السعيد والارتياح فيها يمثل تحديًا للعديد من المرضىٰ في دروس اليوجا الخاصة بنا.

التعرف علىٰ ذاتي: استنبات الحس الداخلي

من أوضح الدروس المستفادة من علم الأعصاب المعاصر أن حسنا بذاتنا تنمو جذوره من اتصالنا الحيوي بجسدنا١٤؛ فلن نقدر علىٰ معرفة ذاتنا حق المعرفة إلا إذا شعرنا بأحاسيسنا الجسدية وفسرناها؛ كما نحتاج إلىٰ تدوين هذه الأحاسيس والتصرف بناءً عليها كي نبحر بأمان في الحياة١٥. ورغم أن التخدر (أو السعي التعويضي وراء الإحساس) قد يمكّنك من إطاقة الحياة، إلا أن الثمن الذي تدفعه هو فقدانك الوعي بما يجري داخل جسمك، ومن ثم، فقدان حسك بالمحيا التام وملذاته الحسية.

لقد ناقشت في الفصل السادس استبهام المشاعر (الأليكسيثيميا)، وهو المصطلح الفني لعدم القدرة علىٰ تحديد ما يعتمل داخل الذات١٦؛ وقد وجدنا أن من يعانون من استبهام المشاعر يميلون إلىٰ الشعور بعدم الارتياح الجسدي ولكنهم يعجزون عن وصف ماهية المشكلة علىٰ وجه التحديد؛ ونتيجة لذلك، فغالبًا ما يكون لديهم العديد من الشكاوىٰ الجسدية الغامضة المكربة والتي يعجز الأطباء عن تشخيصها؛ وبالإضافة إلىٰ ذلك، فهم لا يستطيعون أن يعلّموا بمفردهم شعورَهم الحقيقي تجاه أي موقف معين أو ما الذي يشعرهم بالارتياح أو الانزعاج. وهذه نتيجة التخدر، الذي يمنعهم من توقع المطالب العادية

لأجسادهم والاستجابة لها بطرق هادئة ويقظة؛ وفي الوقت نفسه يكتم المباهج الحسية اليومية المنبعثة من الخبرات الحياتية كالموسيقىٰ والتلامس، والضوء، والتي تضفي القيمة علىٰ الحياة. وهكذا تبين أن اليوجا وسيلة رائعة (لإعادة) اكتساب المرء علاقته بالعالم الداخلي وبجانبها علاقته بذاته، علاقة يسودها الحب، والرعاية، واللذة الحسية.

إذا لم تكن واعيًا بما يحتاجه جسمك، فليس بمقدورك الاعتناء به؛ فإن لم تشعر بالجوع، لن تستطيع تغذية نفسك؛ وإذا خلطت بين القلق والجوع، فقد تفرط في الأكل؛ وإن لم تستطع الشعور بالشبع، فستواصل الأكل؛ ولهذا السبب يُعدُّ استنبات الوعي الحسي جانبًا حاسمًا في التعافي من الصدمات. ومن المؤسف أن معظم العلاجات التقليدية تقلل من أهمية التحولات اللحظية الحادثة في عالمنا الحسي الداخلي أو تتجاهلها؛ لكن هذه التحولات تحمل جوهر استجابات الكائن الحي: الحالات الانفعالية التي تنطبع في شاكلة الجسم الكيميائية، وفي الأحشاء، وفي تقلص العضلات المخططة في الوجه، والحلق، والجذع، والأطراف١٧. وبهذا يحتاج المصدومون إلىٰ تعلم أنهم بمقدورهم إطاقة أحاسيسهم، ومصادقة خبراتهم الداخلية، واستنبات أنماط إجرائية جديدة.

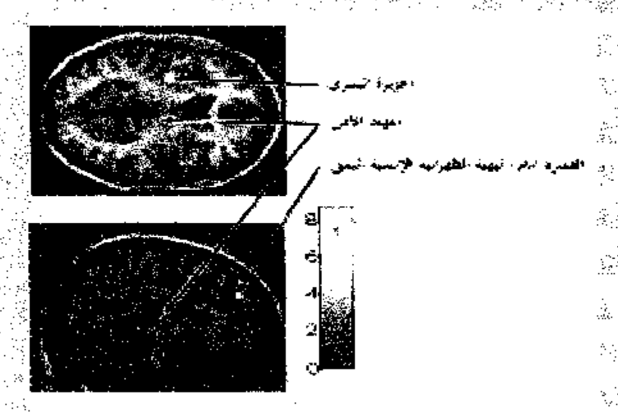
إنك في اليوجا تركز انتباهك علىٰ تنفسك وعلىٰ أحاسيسك لحظة بلحظة، فتبدأ في ملاحظة الرابط بين انفعالاتك وجسمك - فربما تلاحظ أن قلقك من اتخاذ وضعية ما يؤدي في الواقع إلىٰ اختلال توازنك؛ ثم تبدأ في تجريب تغيير ما تشعر به: هل سيخفف التنفس العميق من توتر كتفك؟ هل سيسفر التركيز علىٰ الزفير عن الحس بالهدوء؟١٨

إن مجرد ملاحظتك لما تشعر به يعزز التنظيم الانفعالي، ويساعدك علىٰ التوقف عن محاولة تجاهل ما يعتمل بداخلك؛ وكما أقول لطلابي كثيرًا، فالعبارتان الأشد أهمية في العلاج -وكذلك في اليوجا- هما «لاحظ ذلك» و«ماذا سيحدث بعد ذلك؟»، وما إن تشرع في مقاربة جسمك بفضول بدلًا من الخوف، يتغير كل شيء.

هذا ويغير الوعي الجسدي أيضًا من حسك بالزمن؛ إذ تشعرك الصدمة بأنك عالق للأبد في حالة رعب لا قدرة لك علىٰ تغييرها، لكنك في اليوجا تتعلم أن الأحاسيس تعلو إلىٰ ذروتها ثم تهبط؛ فعلىٰ سبيل المثال: إذا دعاك أحد المدربين للشروع في وضعية تمثل تحديًا كبيرًا لك، فقد تشعر في بادئ الأمر بحس الانهزام أو المقاومة، وتترقب أنك لن تكون قادرًا علىٰ إطاقة المشاعر التي تستجلبها هذه الوضعية المعينة؛ لكن معلم اليوجا الجيد سيشجعك علىٰ ملاحظة أي توتر يبزغ لك مع توقيت ما تشعر به أثناء جريان أنفاسك: «سنبقىٰ علىٰ هذه الوضعية مدة عشرة أنفاس»؛ وهذا يساعدك علىٰ توقع نهاية الانزعاج ويقوي قدرتك علىٰ التعامل مع الاكتراب الجسدي والانفعالي؛ كما أن وعيك بأن كل الخبرات ذات طبيعة عابرة يغير منظورك عن نفسك.

لكن هذا لا يعني أن إعادة اكتساب الحس الداخلي لا يُحتمل أن تكون موعكة؛ فماذا يحدث حين تلج إحساسًا جديدًا داخل صدرك وتختبره في هيئة حنق، أو خوف، أو قلق؟ في دراستنا الأولىٰ لليوجا، كانت نسبة التسرب لدينا ٥٠٪، وهي أعلىٰ نسبة تسرب بالنظر لكافة الدراسات التي قمنا بها مطلقًا؛ وحينما قابلنا المرضىٰ الذين فارقوا الدراسة، علمنا أنهم وجدوا البرنامج مفرط الشدة: كانت أي وضعية مشتملة علىٰ الحوض تثير هلعًا شديدًا بل أحيانًا ارتدادات ذكروية عن الاعتداءات الجنسية؛ فأدت الأحاسيس الجسدية الشديدة إلىٰ تحرير شياطين الماضي التي كانت مكبَّلة بعناية بواسطة التخدر والإغفال. فعلَّمنا هذا أن نتمهل ونتروىٰ في سيرنا، ليكون بوتيرة الحلزون غالبًا. ولقد آتت هذه المقاربة ثمارها: ففي أحدث دراسة أجريناها، لم ينقطع قبل تمام الدراسة سوىٰ مشارك واحد من بين أربعة وثلاثين مشاركًا.

المشاركون في اليوجا Participants (N -6) أكبر من الضوابط Controls (N -2)، ما بعد اليوجا أكبر مما قبل اليوجا



Yoga Participants greater than Controls, second scan greater than first scan . Using SPM8 software functional resting data was realigned to the first image in the series and resliced. Images were coregistered to the subject's anatomical scan, normalized to the T1 template and smoothed with a 8mm full-width at half-maximum isotropic Gaussian filter. The subject files were then brought into GIFT software where 20 components were extracted. The components were spatially correlated to the default mask. Each subject's most significant component from their first and second scan was incorporated into a full factorial design, d.f. 12. Results are displayed at P______j<0.001. cluster size>5voxels.

الأثر الناتج عن حصة يوجا أسبوعية بعد عشرين أسبوعًا، ازدياد تنشيط البنى الدماغية المتورطة بالتنظيم الذاتي – وهي الجزيرة، والقشرة أمام الجبهية الإنسية – لدى النساء المصابات بصدمة مزمنة.

اليوجا والوعي الذاتي من منظور علم الأعصاب

خلال السنوات القليلة الماضية، أظهر باحثو ميدان الدماغ، مثل زميلتَيّ سارة لازار Sara Lazar وبريتا هولزيل Britta Holzel من جامعة هارفارد، أن التأمل المستفيض له تأثير إيجابي علىٰ المناطق الدماغية التي تعتبر بالغة الأهمية للتنظيم الذاتي الفسيولوجي١٩؛ وفي دراستنا الأخيرة لليوجا، التي اشتملت علىٰ ٦ نساء لديهن تاريخ صدمة مبكرة عميقة، وجدنا أيضًا المؤشرات الأولىٰ علىٰ أن

عشرين أسبوعًا من ممارسة اليوجا زادت من تنشيط نظام الذات الأساسي؛ المتمثل في الجزيرة، والقشرة أمام الجبهية الإنسية (انظر الفصل السادس)؛ ورغم أن هذا البحث بحاجة إلىٰ إتباعه بمزيد من الجهد المستفيض، إلا أنه يفتح آفاقًا جديدة حول كيف يمكن للأفعال المنطوية علىٰ ملاحظة الأحاسيس في أجسامنا ومصادقتها أن تحدث تغييرات عميقة في كل من العقل والدماغ، تغييرات يمكن أن تؤدي إلىٰ الشفاء من الصدمة.

بعد كل دراسة يوجا أجريناها، سألنا المشاركين عن أثر الدروس عليهم؛ ولم نذكر شيئًا عن الجزيرة أو الحس الداخلي قط؛ وإنما أبقينا المناقشة والشرح عند الحد الأدنىٰ حتىٰ يتمكنوا من التركيز علىٰ داخلهم.

وفيما يلي عينة من ردودهم:

* «انفعالاتي تبدو أشد قوة، ربما لأنني صار بمقدوري تمييزها الآن».

* «لقد زاد اقتداري علىٰ التعبير عن مشاعري لزيادة قدرتي علىٰ تمييزها؛ أشعر بها في جسدي، وأميزها، وأخاطبها».

* «الآن أرىٰ أمامي خيارات ومسارات متعددة؛ وأستطيع اتخاذ قرار وأستطيع اختيار حياتي، ولست مضطرة إلىٰ تكرارها أو اختبارها كطفل».

* «لقد كنت قادرة علىٰ تحريك جسمي والتواجد داخل جسمي في موضع آمن ودون أن أؤذي نفسي/أتأذىٰ».

تعلم التواصل

يمكن لمن يشعر بالأمان في جسمه أن يشرع في ترجمة الذكريات التي سحقته سابقًا إلىٰ لغة؛ فبعد أن مارست آني اليوجا لمدة عام تقريبًا ثلاث مرات أسبوعيًّا، لاحظَت أنها صارت قادرة علىٰ التحدث معي بحرية عما كان قد حدث لها، ورأت أن هذا في حد ذاته أشبه بالمعجزة. وذات يوم، طاح كوب ماء من يدها أرضًا، فنهضتُ من كرسيي واقتربت منها حاملًا علبة مناديل ورقية، وقلت: «دعيني أنظف ذلك»؛ فأثار هذا استجابة هلع شديدة استمرت لفترة وجيزة، لكن سرعان ما اقتدرت علىٰ احتواء نفسها وشرحت لماذا سبَّبَت لها تلك الكلمات

بالذات وعكة شديدة: إن تلك الكلمات هي ما كان يقوله أبوها بعد اغتصابه لها. كما كتبت آني إليّ بعد تلك الجلسة: «هل لاحظت أنني تمكنت من الجهر بالكلمات؟ ولم أضطر إلىٰ كتابتها لإخبارك بما كان يحدث معي؛ ولم أفقد ثقتي بك لأنك قلت كلمات أثارت اضطرابي؛ لقد استوعبتُ أن الكلمات كانت موقدا فحسب وليست كلمات فظيعة ينبغي ألا ينطق بها أحد».

تُواصل آني ممارسة اليوجا وتكتب لي عن خبراتها: «ذهبت اليوم إلىٰ درس يوجا صباحي باستوديو يوجا حديث، وتكلمَت المعلمة عن تعميق التنفس إلىٰ أقصىٰ حد نستطيع بلوغه ثم ملاحظة هذا الحد؛ وقالت إننا حين تقوم بملاحظة تنفسنا، فإننا نتواجد في الحاضر، لأننا لا نستطيع التنفس في المستقبل أو الماضي. وإن قيامي بممارسة التنفس بهذه الكيفية إثر حديثي معك عنها أدهشني للغاية، كما لو أنني قد تلقيت هبة. لكن يمكن أن تثير بعض الوضعيات اضطرابي، وقد حدث هذا اليوم في وضعيتين، إحداهما حين رفع الساقين والتفريج بينهما كما الضفدع، والأخرىٰ حين تعميق التنفس بمنطقة الحوض. شعرت بابتداء الهلع، خاصة في وضعية التنفس، أوه لا، هذا جزء لا أريد الشعور به من جسدي؛ لكن بعد ذلك تمكنتُ من كبح نفسي وقلت ببساطة: لاحظي أن هذا الجزء من جسدك يحمل خبرات، ثم دعيه يرحل فحسب؛ أنت لست مضطرة للبقاء هناك، كما أنك لست مضطرة للمغادرة أيضًا، فبإمكانك استخدامه باعتباره مصدر معلومات ليس إلا. ولا أعلم أنني سبق واقتدرت علىٰ فعل ذلك بهذه الطريقة الواعية قط؛ فدفعني هذا للتأمل في أنني إذا لاحظت الأمر دون الانجرار إلىٰ الخوف الشديد، فسيسهل عليّ أن أصدق نفسي».

وفي رسالة أخرىٰ، تأملت آني في التغيرات التي حدثت في حياتها: «تعلمت رويدًا رويدًا أن يكون لدي مشاعر وحسب، دون استيلائها عليّ. لقد زادت قدرتي علىٰ إدارة الحياة بسهولة: لقد صرت أكثر تناغمًا مع يومي وأكثر حضورًا في اللحظة؛ كما غدوت أكثر إطاقة للمس الجسدي؛ إذ أستمتع بمشاهدة الأفلام في حضن زوجي في السرير . . . وهذه انتقالة كبيرة جدًّا. وكل ذلك ساعدني في نهاية المطاف علىٰ الشعور بالحميمية مع زوجي».



الفصل السابع عشر
تشبيك التروس المفصولة
قيادة الذات

هـذا الإنـسـان بـيـت ضـيـافـة　　فـي كـل صـبـاح زوار جـدد
الـبـهـجـة، والـحـزن، والـخـسـة　　ولحظة وعي كضيف لم يتوقعه أحد
فلترحب بهؤلاء جميعًا واقْرِهم　　وكن كريمًا ونبيلًا في معاملتهم
وكـذلـك الـخـزي، والـخـبـث، والـحـقـد
استقبلهم جميعًا عند الباب مبتسمًا　　ثم ادعهم كالذين من قبلهم
وكن ممتنًا لكل من يأتي؛ فكلٌّ　　مُرسلٌ إليك من بعيد ليرشدك

– جلال الدين الرومي

إن كل إنسان لديه من الذوات الاجتماعية ما يساوي عدد الأفراد الذين يعرفونه.

– وليام جيمس، مبادئ علم النفس The Principles of Psychology

كان ذلك في باكورة مسيرتي المهنية؛ ذات يوم فتحت باب مكتبي وتوجهت لغرفة الانتظار فرأيت ماري Mary، وهي شابة خجولة، ووحيدة، ومنهارة جسديًا كانت تحضر العلاج النفسي الأسبوعي معي لمدة ثلاثة أشهر تقريبًا، للتعامل مع حطام ماضيها الفظيع المليء بالإساءات المبكرة؛ فرأيتها واقفة هناك بهيئة استفزازية، ومرتدية تنورة قصيرة، وصابغة شعرها بالأحمر الناري، وفي يدها فنجان قهوة، ووجهها يستشيط غضبًا؛ فقالت: «لا شك أنك د. ڤان دِر كولك،

«اسمي جين Jane، وقد جئت لأحذرك من تصديق أي أكاذيب تقولها لك ماري؛ فهل يمكنني الدخول وإخبارك عنها؟» لقد صُعقتُ، ولكن لحسن الحظ أنني منعت نفسي من مجابهة «جين» وبدلًا من ذلك أصغيت إلىٰ كلامها. وعلىٰ مدار جلستنا، لم أقابل جين فحسب، بل قابلت أيضًا فتاة صغيرة مجروحة وذَكَرًا مُراهقًا غاضبًا. وقد كانت تلك بداية علاج طويل ومثمر.

كانت ماري هي أول التقاء لي بـ «اضطراب الهوية التفارقي»[1]، الذي كان يُسمىٰ في ذلك الوقت اضطراب تعدد الشخصية[2]. ومع مراعاة أن أعراض هذا الاضطراب دراماتيكية، إلا أن الانقسام الداخلي وبزوغ الهويات المتباينة اللذين يختبرهما مريض تفارق الهوية لا يمثلان سوىٰ حافة طيف الحياة النفسية البشرية؛ أي أن الحس بوجود اندفاعات أو جوانب متقاتلة متوطنة بداخلنا هو أمر شائع بيننا جميعًا ولكنه يبلغ ذروته في حالة المصدومين الذين اضطروا إلىٰ إجراءات متطرفة من أجل النجاة. وبهذا يعد استكشاف هذه الأفراق -بل ومصادقتها- أحد العناصر الهامة للشفاء.

الظروف المتطرفة تتطلب إجراءات متطرفة

نعلم جميعًا ما يحدث حينما نشعر بالإهانة: نكرس كل طاقتنا لحماية أنفسنا، ونصمم أي استراتيجية نجاة بمقدورنا تصميمها؛ فقد نكبت مشاعرنا؛ وقد يتملكنا الغضب العارم ونخطط للانتقام؛ بل قد نقرر اكتساب نفوذ ونجاح شديدين كيلا يقدر أحد علىٰ إيذائنا مجددًا؛ وكذلك فالعديد من السلوكيات المصنفة علىٰ أنها مشاكل نفسانية قد بدأت كاستراتيجيات لحماية الذات، ويشمل ذلك بعض الوساوس obsessions، والقواهر compulsions، ونوبات الهلع، وكذلك معظم سلوكيات تدمير الذات. وهذه التكيفاتُ الصدميةُ تعرقل قدرةَ المرء علىٰ الوظيفية، لذا غالبًا ما يعتقد مقدمو الرعاية الصحية وكذلك المرضىٰ أنفسهم أن التعافي التام بعيد المنال، لكن النظر إلىٰ هذه الأعراض باعتبارها إعاقات دائمة يحصر تركيز

---

(1) dissociative identity disorder.

(2) multiple personality disorder.

العلاج علىٰ إيجاد النظام الدوائي المناسب، والذي يمكن أن يؤدي إلىٰ الاعتماد الدائم طوال حياتهم - وكأن الناجين من الصدمات مماثلون لمرضىٰ الكلىٰ الخاضعين للغسيل الكلوي[1].

لكن من الأنفع بكثير أن ننظر للعدوان، أو الاكتئاب، أو الغطرسة، أو السالبية باعتبارها سلوكيات متعلّمة: أن المريض في مرحلة ما توصل إلىٰ الاعتقاد بأنه لا يمكنه النجاة إلا إذا كان قاسيًا، أو غير مرئي، أو غائبًا، أو أن الاستسلام أكثر أمانًا. وكالذكريات الصدمية التي تواصل الاقتحام إلىٰ أن يتم دفنها، فهذه التكيفات الصدمية تظل مستمرة إلىٰ أن يشعر الإنسان بالأمان ويدمج جميع أفراق نفسه الغارقة في محاربة الصدمة أو تفاديها.

إن كل ناجٍ من الناجين الذين قابلتهم كان لديه مرونة نفسية خاصة، وكل قصة من قصصهم تبعث علىٰ الدهشة من كيفية تأقلم الناس مع ظروف حياتهم. وإن معرفة مقدار الطاقة التي تتطلبها جسامة عملية النجاة يمنعني من التفاجؤ من الثمن الذي يدفعونه غالبًا: وهو غياب علاقة الحب التي تكون بين المرء وجسده، وعقله، وروحه.

هذا التكيف له ضريبته، وبالنسبة للعديد من الأطفال، فمن الأسلم أن يكرهوا أنفسهم بدلًا من التعبير عن الغضب أو الفرار اللذين يؤديان إلىٰ المجازفة بعلاقتهم بمقدمي الرعاية؛ ونتيجة لذلك، فغالبًا ما يكبر أطفال الإساءات معتقدين أنهم لا يُحَبُّون في الأساس؛ فلقد كانت هذه هي الطريقة الوحيدة التي تستطيع بها عقولهم الصغيرة تفسير المعاملة البشعة التي يتلقونها، وهكذا ينجون بإنكار أجزاء كبيرة من الواقع، وتجاهلها، وفصلها: ينسون الإساءة؛ ويقمعون حنقهم أو يأسهم؛ ويخدرون أحاسيسهم الجسدية. فإذا لاقيت إساءات في طفولتك، فمن المرجح أن هناك فِرْقًا طفوليًا يعيش بداخلك منذ الإساءة لكن لم يطرأ عليه أي تغير، ولا يزال مستمسكًا بهذا النوع من كراهية الذات والإنكار. وإن كثيرًا من الراشدين الذين يسعون للنجاة من الخبرات المروعة يقعون في نفس الفخ؛ إذ أن التخلص من المشاعر الحادة يمكن أن يُكسبهم مقدرةً عالية علىٰ التكيف علىٰ المدىٰ القصير؛ وقد يساعدك هذا علىٰ الحفاظ علىٰ كرامتك واستقلالك؛ كما قد

يساعدك علىٰ إبقاء التركيز علىٰ المهام الحاسمة مثل إنقاذ رفيق في ساحة القتال، أو رعاية أطفالك، أو إعادة بناء منزلك.

لكن المشاكل تأتي لاحقًا؛ فبعد أن يرىٰ الجندي قذيفة تنسف رفيقه، قد يعود إلىٰ الحياة المدنية ويسعىٰ لطرد الخبرة من عقله؛ كما يكون فِرْقُه الحامي علىٰ دراية بكيفية اكتساب المهارة في وظيفته وكيفية التعامل مع زملائه؛ لكنه عادة ما ينفجر حنقًا علىٰ خليلته أو يصاب بالخدر والتجمد حين تشعره لذة الاستسلام للمستها بأنه يفقد السيطرة. فعلىٰ الأرجح أنه لن يدرك أن عقله يربط تلقائيًا الاستسلام السالبي بالشلل الذي شعر به حين قُتل صديقه، مما يؤدي إلىٰ تدخل فِرْق حامٍ آخر لإنشاء تحويل: يتتابه الغضب، ولجهله التام بما أشعل نار حنقه، يظن أنه غاضب من شيء فعلته خليلته. وبطبيعة الحال، فإذا استمر في الثوران غضبًا عليها (وعلىٰ الخليلات اللاحقات)، فستتفاقم عزلته أكثر؛ لكنه قد لا يدرك أبدًا أن السالبية تُوقد فِرْقه المصدوم وأن فِرْقًا آخر، وهو المدير الغاضب، يتدخل لحماية هذا الفِرْق المتعرض. وبهذا يكون إنقاذ العلاج النفسي لحياة الناس قائمًا علىٰ مساعدة هذه الأفراق علىٰ التخلي عن معتقداتها المتطرفة.

وكما رأينا في الفصل الثالث عشر، فإن المهمة االضرورية للتعافي من الصدمة هي تعلم التعايش مع ذكريات الماضي دون الانسحاق من وطأتها في الحاضر. لكن معظم الناجين، بمن فيهم أولئك الذين يؤدون وظائفهم أداء جيدًا -أو حتىٰ باهرًا- في بعض جوانب حياتهم، يواجهون تحديًا آخر أكبر: وهو إعادة تشكيل نظام الدماغ/العقل الذي قد شُيِّد للتكيف مع الأسوأ. فكما نحتاج إلىٰ إعادة زيارة الذكريات الصدمية من أجل إدماجها، فنحن أيضًا بحاجة إلىٰ إعادة زيارة أفراق أنفسنا التي أنشأت العادات الدفاعية التي ساعدتنا علىٰ النجاة.

الذهن الفسيفسائي

كلنا لدينا أفراق متعددة؛ يشعر فِرْق مني الآن بالرغبة في قيلولة؛ لكن فِرْقًا آخر راغب في مواصلة الكتابة؛ ولشعوري بالانجراح من تلك الرسالة الإلكترونية المسيئة، يريد فِرْق مني قذف «رد» لاذع مذل، لكن فِرْقًا آخر يريد تجاهلها من

غير اكتراث. ولقد التقىٰ معظم من يعرفونني بأفراقي الشديدة، والصادقة، والهيوجة؛ كما قابل البعض الجِزْوَ المزمجر الذي يعيش بداخلي؛ ويستذكر أبنائي السفر في الإجازات العائلية بصحبة أفراقي المرحة والمغامِرة.

حين تدخل مكتبك صباحًا فترىٰ غيوم العاصفة مكتنفة رأس مديرك، تستطيع الجزم بما هو قادم؛ إذ أن نبرة هذا الفِرْق الغاضب، ومفرداته اللغوية، ووضعية جسمه؛ كل ذلك مختلف تمامًا عن الأمس، حين شاركت معه صور أطفالك. وهذه الأفراق ليست مجرد مشاعر وإنما هي أشكال مختلفة للكينونة، لها معتقداتها، وأجنداتها، وأدوارها في الإيكولوجيا الكلية لحياتنا.

يعتمد مدىٰ توافقنا مع أنفسنا اعتمادًا كبيرًا علىٰ مهارات القيادة الداخلية - جودة استماعنا لأفراقنا المختلفة، والحرص علىٰ شعورها بالرعاية، ومنعها من تخريب بعضها بعضًا. غالبًا ما تبدو الأفراق عبارة عن مُطْلَقَات، في حين أنها في واقع الأمر لا تمثل إلا أحد عناصر الكوكبة المعقَّدة المتآلفة من الأفكار، والانفعالات، والأحاسيس؛ فمثلًا إذا صاحت مارجريت في خضم جدالها مع جون قائلةً «أكرهك!»، فسيظن علىٰ الأرجح أنها تزدريه- بل ربما تقر مارجريت ظنه هذا في تلك اللحظة؛ لكن في حقيقة الأمر، يكون فِرْق واحد منها غضبانًا ليس إلا، وهذا الفِرْق يحجب مؤقتًا مشاعرها الكريمة والودودة، والتي قد تعود بقوة حينما ترىٰ التدمُّر في وجه جون.

تدرك كل مدرسة كبرىٰ في علم النفس أن الناس لديهم شخصيات فرعية وتطلق عليها أسماء مختلفة٢؛ في عام ١٨٩٠م كتب وليام جيمس ما يلي: «يجب الاعتراف بأن . . . الوعي الكلي الممكن قد ينقسم إلىٰ أفراق تتعايش مع بعضها، ولكنها تتجاهل بعضها بعضًا، وتتقاسم التصورات الذهنية فيما بينها»٣؛ كما كتب كارل يونج قائلًا: «النفس هي نظام ذاتي التنظيم يحافظ علىٰ توازنه مثلما يفعل الجسم بالضبط»٤، «إن الحالة الطبيعية للنفس البشرية قائمة بشكل رئيسي علىٰ تصارع مكوناتها المختلفة وعلىٰ السلوكيات المتضادة المنبعثة من هذه المكونات»٥ «والتأليف بين قلوب هذه الأضداد يمثل مشكلة جسيمة؛ ومن ثم فالخصم ما هو إلا «الآخر الذي بداخلي»»٦.

لقد أكد علم الأعصاب الحديث هذا المفهوم الناظر للذهن باعتباره مجتَمَعًا من نوع ما، فلقد خلص مايكل جازانيجا Michael Gazzaniga (الذي أجرىٰ أبحاثًا رائدة عن انقسام الدماغ split-brain) إلىٰ أن الذهن متألف من وحدات وظيفية شبه مستقلة، لكل منها دوره الخاص٧، كما ذكر في كتابه «الدماغ الاجتماعي[1] (١٩٨٥م)»: «ولكن ماذا عن فكرة أن الذات ليست كائنًا مُوَحَّدًا، وأنه قد يكون بداخلنا بضعة عوالم من الوعي؟ . . . وتسفر الدراسات التي أجريناها حول [انقسام الدماغ] عن الفكرة الجديدة القائلة بوجود بضع ذوات بكل ما يحمله هذا الوصف من معنىٰ، كما لا يتحتم وجود «تخاطب» بين هذه الذوات داخليًا٨. هذا وقد قام مارفن مينسكي Marvin Minsky، رائد الذكاء الاصطناعي والعالم بمعهد ماساتشوستس للتكنولوجيا، بإعلان ما يلي: «أقصىٰ ما يمكن أن تفعله أسطورة «الذات» المفردة هو أن تصرفنا عن هدف هذا التنقيب. . . ٩ لكن من المعقول أن تظن بوجود مجتمع متألف من عقول مختلفة داخل دماغك؛ ويمكن للعقول المختلفة، كأفراد الأسرة، أن تعمل سويًا لمساعدة بعضها بعضًا، ويَظَلُّ كل عقل يمر بخبرات نفسية خاصة به لا تعلم العقول الأخرىٰ شيئًا عنها أبدًا١٠.

إن المعالجين الذين تم تدريبهم علىٰ النظر للناس باعتبارهم بشرًا معقدين متعددي الخصائص والإمكانيات يمكن أن يساعدوا الناس علىٰ استكشاف نظام الأفراق الداخلية الخاص بهم وعلىٰ العناية بأفراقهم الجريحة. ومن الجدير بالذكر أن هناك بضع مقاربات علاجية كهذه تُمارس علىٰ نطاق واسع في أوروبا وفي العمل الذي يقوم به ريتشارد كلوفت Richard Kluft بالولايات المتحدة١١؛ ومن بين هذه المقاربات «نموذج التفارق البنائي»[2] الذي صممه زميلاي الهولنديان أونو فان دير هارت Onno van der Hart وإليرت نيجينهويس Ellert Nijenhuis وكاثي ستيل Kathy Steel المقيمة بأتلانتا.

---

(1) The Social Brain.

(2) structural dissociation model.

بعد مرور عشرين عامًا علىٰ عملي مع ماري، التقيت بريتشارد شفارتز Richard Schwartz، مؤسس علاج «الأسرة الداخلية». ولقد دبت الحياة حرفيًا في فهمي لتعبير «الأسرة» المجازي الذي وصفه مارفن مينسكيٰ حينما اطلعت علىٰ ما قام به شفارتز، وأمدني هذا بطريقة منهجية للعمل مع تلك الأفراق المنقسمة الناجمة عن الصدمة. في صميم «الأسرة الداخلية»، توجد فكرة أن ذهن كل منا شبيه بالأسرة التي يتسم أفرادها بدرجات مختلفة من النضج، والاستثارية، والحكمة، والألم؛ وتشكل هذه الأفراق شبكة أو نظامًا بحيث يؤثر التغير في أي فِرْق منها علىٰ جميع الأفراق الأخرىٰ.

لقد ساعدني نموذج «الأسرة الداخلية» علىٰ إدراك أن التفارق يحدث ضمن سلسلة متصلة؛ إذ ينهار نظام الذات في حالة الصدمة، فتصير أفراق الذات أقطابًا متباينة وتحارب بعضها بعضًا؛ فتتعايش كراهية الذات مع هوس العَظَمة (وتحاربه)؛ وكذلك الرعاية الودودة مع الكراهية؛ والتخدر والسالبية مع الحنق والعدوان. وهذه الأفراق المتطرفة هي ما يحمل عبء الصدمة.

في علاج «الأسرة الداخلية»، لا ينظر للفِرْق باعتباره مجرد حالة انفعالية عابرة أو نمطًا معهودًا للتفكير، وإنما باعتباره نظامًا نفسيًّا متمايزًا له تاريخه، وقدراته، واحتياجاته، ومنظوره للعالم١٢. وما يحدث هو أن الصدمة تؤدي إلىٰ حقن هذه الأفراق بمعتقدات وعواطف تطيح بها من حالتها الفطرية القَيِّمة؛ فعلىٰ سبيل المثال: لدينا جميعًا أفراق طفولية ومرحة، لكن حين نتعرض للإساءة، فهذه الأفراق هي أشد ما يتأذىٰ، فتدخل في وضع التجمد، وتظل حاملة ألم الإساءة، ورعبها، وخيانتها؛ وهذا العبء يجعلها سامَّة - أفراق منّا يجب إنكارها بأي ثمن. ونظرًا لأنها محبوسة بداخلنا في مكان بعيد، يسميهم علاج «الأسرة الداخلية» الـ منفيون.

ما يحدث في هذه المرحلة هو قيام الأفراق الأخرىٰ بالتنسيق فيما بينها لحماية الأسرة الداخلية من المنفيين، فيحرص هؤلاء الحُماة علىٰ إبعاد هذه الأفراق السامة، ولكنهم بذلك يكتسبون قدرًا من طاقة المسيء؛ ويحرص المديرون الناقدون والكماليُّون علىٰ عدم اقترابنا من أي شخص بتاتًا أو يدفعوننا

إلىٰ الإنتاج المستمر الذي لا يعرف طعم الراحة. كما أن هناك طائفة أخرىٰ من الحماة، يسميهم «الأسرة الداخلية» إطفائيو الحرائق، وهم المستجيبون للطوارئ، الذين يتصرفون باندفاعية متىٰ ما أثارت خبرةٌ ما العواطفَ المنفية.

هذا ويحمل كل فِرْق منقسم ذكريات، ومعتقدات، وأحاسيس جسدية مختلفة: فبعضهم يشعر بالخزي، والبعض الآخر بالحنق؛ وبعضهم باللذة والحماس، والبعض الآخر بالوحدة الشديدة أو الإذعان الذليل؛ وبذلك فهم يمثلون جميعًا الجوانب المختلفة لخبرة الإساءة، والبصيرة الضرورية هنا هي أن جميع هذه الأفراق لها وظيفة: حماية الذات من الشعور برعب الإبادة الهائل.

إن الأطفال الذين ينفِّسون عن ألمهم بدلًا من حبسه غالبًا ما يتم تشخيصهم بـ «اضطراب المعارض المتحدي»، أو «اضطراب التعلق»، أو «اضطراب السلوك»، لكن هذه التسميات تتجاهل حقيقة أن الحنق والانسحاب مجرد وجهين لطائفة كاملة من المحاولات اليائسة للنجاة. وبهذا فإن السعي إلىٰ السيطرة علىٰ سلوك الطفل وعدم تناول المشكلة الكامنة -الإساءة- يؤدي إلىٰ علاجات عقيمة في أحسن الأحوال وضارة في أسوأ الأحوال؛ وهذا لأن أفراقهم لا تندمج تلقائيًّا لتكوين شخصية متسقة أثناء ترعرعهم، وإنما تواصل امتلاك وجود مستقل نسبيًّا.

هذا وقد تكون الأفراق «المقْصَاة» غير واعية بتاتًا بأفراق النظام الأخرىٰ١٣؛ ويشهد علىٰ هذا أن معظم الرجال الذين قمت بتقييمهم بخصوص تعرضهم للتحرش الجنسي في طفولتهم من القساوسة الكاثوليك، كانوا يتناولون الستيرويدات الابتنائية ويقضون وقتًا طويلًا في صالة كمال الأجسام يمارسون رفع الأثقال ممارسة قهرية، وهؤلاء كانوا يعيشون في ثقافة ذكورية ممتلئة بالعَرَق، وكرة القدم، والبيرة؛ حيث كان الضعف والخوف مطموسين بعناية؛ لكن بعد شعورهم بالأمان معي، حينها فقط التقيت بالأطفال المرعوبين القابعين بالداخل.

هذا وقد يكون المرضىٰ كارهين لأفراقهم المقصاة: الأفراق الغاضبة، أو التدميرية، أو الانتقادية؛ لكن «الأسرة الداخلية» يقدم إطارًا لتفهم هذه الأفراق -والتحدث عنها بطريقة غير مُمْرِضة، وهذا لا يقل أهمية عن الفهم؛ فإدراك أن

كل فِرْق مكبلٌ بأعباء الماضي واحترام وظيفته في النظام الكليّ، ذلك يجعله أقل تهديدًا أو سحقًا في ناظرك.

وكما يقول شڤارتز: «إذا قبل المرء الفكرة الأساسية القائلة بأن الناس لديهم دافع فطري نحو رعاية صحتهم، فهذا معناه أن المشاكل المزمنة التي يعاني الناس منها ناتجة عن وجود شيء ما يعيق ولوج الموارد الداخلية. وبإدراك ذلك، يكون دور المعالجين هو التعاون وليس التعليم، أو المجابهة، أو سد فجوات نفسك»١٤؛ والخطوة الأولىٰ في هذا التعاون هي طمأنة النظام الداخلي بأن جميع الأفراق مرحب بها وأنها جميعًا -حتىٰ تلك الأفراق الانتحارية أو التدميرية- قد شُكِّلت سعيًا لحماية نظام الذات، بغض النظر عن شدة تهديدها الظاهري الآن.

قيادة الذات

يرىٰ «الأسرة الداخلية» أن استنبات قيادة الذات اليقِظةَ هو أساس الشفاء من الصدمات؛ فاليقظة الذهنية لا تتيح فقط استطلاع مشهدنا الداخلي بتعاطف وفضول، بل توجهنا أيضًا إلىٰ الاتجاه الصحيح لرعاية الذات توجيهًا نشطًا. وكما لا يستطيع أي نظام -سواء كان عائلة، أو منظمة، أو دولة- أن يقوم بعملياته بفعّالية إلا إذا كان لديه قيادة محددة بوضوح ومتسمة بالكفاءة، فلا فرق بين ذلك والأسرة الداخلية: يجب الانتباه إلىٰ جميع أفراقنا والاهتمام بها، ويتوجب علىٰ القائد الداخلي توزيع الموارد المتاحة توزيعًا حكيمًا وتقديم رؤية شمولية تأخذ في اعتبارها جميع الأفراق.

وكما يوضح ريتشارد شڤارتز:

«يختلف النظام الداخلي لضحية الإساءة عن النظام الخالي من الإساءة في النواحي الآتية:

* الغياب المستمر للقيادة الفعالة.
* القواعد المتطرفة التي تعمل بموجبها الأفراق.
* عدم ثبات أي توازن أو تناغم.

وعادةً ما يتمحور عمل الأفراق حول افتراضات ومعتقدات عفىٰ عليها الزمن مستمدة من إساءة الطفولة، حيث تعتقد الأفراق -علىٰ سبيل المثال- أن الكشف عن الأسرار المتعلقة بخبرات الطفولة التي اصطبروا عليها ما زال يشكل خطرًا هائلًا»١٥٥.

ماذا يحدث حين تفقد الذات زمام الأمور؟ يطلق «الأسرة الداخلية» علىٰ هذا الأمر اسم «الامتزاج»: وهي حالة تتماهىٰ فيها الذات مع فِرْق ما، كما في حالة «أرغب في قتل نفسي» أو «أنا أكرهك»؛ ولكي يتضح هذا لاحظ الاختلاف بين ما سبق وبين قولك «فِرْق مني يتمنىٰ موتي» أو «يستثار فِرْق مني حين تفعل هذا الأمر فيجعلني راغبًا في قتلك».

كما يقدم شفارتز افتراضين يوسعان مفهوم اليقظة الذهنية إلىٰ عالم القيادة النشطة: أما الأول فهو أن هذه «الذات» لا تحتاج إلىٰ أن تُستنبت أو تُصنع؛ إذ تحت سطح هذه الأفراق الحامية الخاصة بالناجين من الصدمات، يوجد جوهر سالم، وهو «الذات» الهادئة، والفضولية، الواثقة بنفسها؛ «الذات» التي تم صونها من الدمار بفضل الأفراق الحامية المتنوعة التي بزغت ضمن الجهود الهادفة إلىٰ ضمان النجاة. لذا فبمجرد أن يثق هؤلاء الحماة أن الوضع آمن للانفكاك، ستبزغ «الذات» تلقائيًا، وسيمكن إدراج الأفراق في عملية الشفاء.

أما الافتراض الثاني فهو أنه بدلًا من بقاء «الذات» في دور المراقب السالبي، فيمكن لهذه «الذات» اليقِظة أن تساعد في إعادة تنظيم النظام الداخلي والتواصل مع الأفراق بطرق تساعدها علىٰ الثقة بأن هناك شخصًا بالداخل يستطيع التعامل مع الأمور. ومجددًا، تُظهر أبحاث علم الأعصاب أن هذه ليست مجرد استعارة مجازية؛ إذ تزيد اليقظة الذهنية من تنشيط القشرة أمام الجبهية الإنسية وتقلل من تنشيط بعض البنىٰ الدماغية كاللوزة التي تستثير استجاباتنا الانفعالية؛ ويزيد هذان الأمران من سيطرتنا علىٰ الدماغ الانفعالي.

كما أن «الأسرة الداخلية» لا يؤدي فقط إلىٰ إنعاش العلاقة بين المعالج والمريض العاجز، بل يركز أيضًا علىٰ استنبات العلاقة الداخلية بين «الذات»

والأفراق الحامية المتنوعة؛ ففي هذا النموذج العلاجي، لا تشاهد «الذات» الأمرَ فحسب، أو تلاحظه ملاحظة سالبية -كما هو الحال في بعض تقاليد التأمل-، وإنما تضطلع بدور قيادي نشط؛ أي أن «الذات» هنا شبيهة بالمايسترو، تساعد جميع الأفراق على القيام بأداء منسجم كالسمفونية بدلًا من ذلك النشاز.

التعرف على المشهد الداخلي

تتمثل مهمة المعالج في مساعدة المرضى على فصل هذا المزيج المربك إلى كيانات منفصلة، حتى يتمكنوا من قول: «فِرْقي هذا كالطفل الصغير، أما فِرْقي هذا فهو أكثر نضجًا ولكنه يشعر بأنه ضحية». وقد لا يروق للمرضى كثير من هذه الأفراق، لكن تحديدها يجعلها أقل ترويعًا أو سحقًا. أما الخطوة التالية فهي تشجيع المرضى على أن يطلبوا ببساطة من كل فِرْق واقٍ حين بزوغه أن «يتنحى» مؤقتًا حتى نتمكن من رؤية ما الذي يحاول حمايته؛ وبالقيام بذلك مرارًا وتكرارًا، تبدأ الأفراق في الانفكاك عن «الذات» وإفساح المجال للملاحظة الذاتية الواعية؛ حينئذ يتعلم المرضى زحزحة حنقهم، أو غضبهم، أو اشمئزازهم جانبًا والانفتاح إلى حالات الفضول والتأمل الذاتي. ومن منظور «الذات» المتسم بالثبات والاستقرار، يمكنهم البدء في الحوارات الداخلية البناءة مع أفراقهم.

يُطلب من المرضى تحديد الفِرْق المشارك في مشكلتهم الحالية، كشعورهم بأنهم عديمو القيمة، أو مهجورون، أو هوسهم بأفكار انتقامية؛ وحين يسألون أنفسهم: «أي فِرْق بداخلي يراوده هذا الشعور؟» قد تتبادر صورة إلى ذهنهم١٦، وقد يبدو الفِرْق المكتئب في هيئة طفل مهجور، أو رجل مسن، أو ممرضة تعتني بالجرحى ومنسحقة تحت وطأة القلق؛ وربما يظهر فِرْق انتقامي في هيئة جندي محارب أو عضو في عصابة.

بعد ذلك يطرح المعالج السؤال الآتي: «ما شعورك تجاه فِرْقك ذاك (الحزين، الانتقامي، المرتعب)؟» وهذا يمهد الطريق للملاحظة الذاتية اليقظة من خلال فصل «أنت» عن الفِرْق محل السؤال؛ وإذا حدث لدى المريض استجابة متطرفة مثل «أكرهه»، فحينئذ يدرك المعالج أن هناك فِرْقًا حاميًا آخر ممتزج

بـ «الذات»؛ فيطرح المعالج بعد ذلك السؤال الآتي: «انظر ما إذا كان هذا الفِرْق الذي يكرهه مستعدًّا للتنحي»، وغالبًا ما نشكر هذا الفِرْق الحامي علىٰ احترازه ونطمئنه بأن له حرية العودة في أي وقت عند الحاجة. فإذا كان الفِرْق الحامي مستعدًّا للتنحي، يكون سؤالنا التالي للمريض: «ما شعورك تجاه الفِرْق (المرفوض سابقًا) الآن؟» من المرجح أن يقول المريض علىٰ سبيل المثال: «أتساءل عن سبب شدة (حزنه، رغبته في الانتقام، إلخ»)، وهذا يمهد الطريق للتعرف علىٰ هذا الفِرْق بعمق أكبر؛ فعلىٰ سبيل المثال: بالاستفسار عن عمره، وما الذي أدىٰ به إلىٰ شعوره بهذا الأمر.

بمجرد أن يُظهر المريض الكتلةَ الحرجة[1] من «الذات»، يبدأ هذا النوع من الحوار في الحدوث تلقائيًّا، وفي هذه المرحلة، من المهم أن يتنحىٰ المعالج ويراقب الأفراق الأخرىٰ التي قد تتدخل، أو يدلي بتعليقات تشاعرية عابرة، أو يطرح بعض الأسئلة مثل «ما الذي تود قوله للفِرْق بشأن ما حدث؟» أو «إلىٰ أين تريد الذهاب الآن؟» أو «كيف تبدو لك الخطوة التالية الصائبة؟» بالإضافة إلىٰ سؤال اكتشاف الذات الذي نطرحه في كل جهة ومكان: «ما شعورك تجاه هذا الفِرْق الآن؟».

الحياة في أفراق

جاءت جوان Joan لرؤيتي لمساعدتها علىٰ إدارة ثوراتها المزاجية الجامحة والتعامل مع ما تشعر به تجاه خياناتها الزوجية، التي كانت أحدثها مع مدرب التنس. علىٰ حد تعبيرها في جلستنا الأولىٰ: «أتنقل من كوني امرأة بارعة مهنيًّا إلىٰ طفلة نوَّاحة، إلىٰ عاهرة شرسة، إلىٰ آلة أكل عنيفة؛ كل ذلك في غضون عشر دقائق فحسب؛ وليس لدي أي فكرة عن ماهية كينونتي الحقيقية من بين هؤلاء».

في هذه المرحلة من الجلسة، كانت جوان قد انتقدت بالفعل المطبوعات المعلقة علىٰ جداري، وأثاثي المتهالك، ومكتبي الفوضوي؛ وهذا لأنها كانت

(١) مصطلح كيميائي يشير إلىٰ الكتلة اللازمة لبدء التفاعل (المترجم).

تتجهز للتأذي مجددًا -أنني علىٰ الأرجح سأخذلها كما فعل الكثيرون من قبلي- لذا كانت الإهانة أفضل وسيلةٍ دفاعية لديها. لقد كانت تفعل ذلك لعلمها بأنها يتوجب أن تصير منكشفة كي يجدي العلاج نفعًا، لذلك كان عليها معرفة ما إذا كان بمقدوري إطاقة غضبها، وخوفها، ولهيب حزنها؛ وهكذا أدركتُ أن الطريقة الوحيدة للتصدي لدفاعيتها هي بإظهاري درجة عالية من الاهتمام بتفاصيل حياتها، وبإظهاري الدعم الثابت شُكرًا لها علىٰ مجازفتها بالتحدث معي، وبقبولي للأفراق التي كانت خزيانة منها أشد الخزي.

ثم سألت جوان عما إذا كانت قد لاحظت فِرْقها الناقد، فاعترفت أنها قد فعلت، فسألتها عن شعورها تجاه هذا الناقد، فسمح لها هذا السؤال الرئيسي بالشروع في الانفصال عن هذا الفِرْق وولوج «ذاتها»؛ ثم ردت جوان قائلة أنها تكره تلك الناقدة لأنها تذكرها بأمها. وحين سألتها ما المحتمل أن يحميه هذا الفِرْق الناقد، هدأ غضبها، وأصبحت أكثر فضولًا وتفكُّرًا: «أتساءل لماذا وجدَت تلك الناقدة أن من الضروري مناداتي بنفس الأسماء التي كانت أمي تناديني بها، بل بأسوأ منها»، ثم تحدثَت عن مدىٰ خوفها من أمها أثناء ترعرعها وعن شعورها بأنها لا تستطيع فعل أي شيء علىٰ النحو الصائب. واتضح أن الناقدة تشغل منصب المدير: إذ لم تقتصر علىٰ حماية جوان مني، بل كانت تحاول استباق انتقادات الأم.

خلال الأسابيع القليلة التالية، أخبرتني جوان أنها كانت قد تعرضت للتحرش الجنسي من خليل أمها، ربما حين كانت في الصف الأول أو الثاني. وكانت تظن أنها قد «أُتلفت» فلم تعد صالحة للعلاقات الحميمة. ورغم أنها كانت تطلبية وانتقادية في علاقتها بزوجها، الذي لم تكن تشعر نحوه بأي رغبة جنسية، إلا أنها كانت متحمسة وهوجاء في خياناتها الرومانسية؛ لكن الخيانات كانت تنتهي دائمًا علىٰ نفس المنوال: في منتصف فقرة الجنس، ينتابها الرعب فجأة وتتكور علىٰ نفسها، ثم تئنّ كطفلة صغيرة؛ وكانت هذه المشاهد تؤدي بها إلىٰ الارتباك والاشمئزاز، وبعد ذلك لا تطيق وجود أي صلة بعشيقها.

وعلىٰ غرار مارلين الموصوفة في الفصل الثامن، أخبرتني جوان أنها كانت قد تعلمت أن تلاشي نفسها أثناء تعرضها للتحرش، حيث تطفو فوق المشهد كما لو كان الأمر يحدث لفتاة أخرىٰ. ومن الجدير بالذكر أن قيام جوان بطرد التحرش من ذهنها مكنها من عيش حياة مدرسية طبيعية: بالمبيت عند الصديقات، ومصاحبة الفتيات الأخريات، والمشاركة في الرياضات الجماعية؛ لكن المشكلة بدأت في مرحلة المراهقة، حينما نشأ لديها نمط ازدراء الفتيان الذين يحسنون معاملتها وممارسة الجنس العَرَضي التي أشعرتها بالمهانة والخزي. وقد أخبرتني أن نُهامها يشبه تمامًا ما يشعر به الآخرون أثناء هزة الجماع، وأن ممارسة الجنس مع زوجها تشبه تمامًا ما يشعر به الآخرون حين التقيؤ. ورغم أن الذكريات الخاصة بانتهاكها كانت منقسمة (متفارقة)، إلا أنها كان تواصل عن غير قصد إعادة تمثيلها.

لم أحاول أن أشرح لها سبب شعورها بمثل هذا الغضب، أو الذنب، أو الانطفاء، لأنها كانت بالفعل ترىٰ نفسها سلعة تالفة؛ ولأن البندلة -المقاربة التدريجية التي ناقشتها في الفصل الثالث عشر عند معالجة الذاكرة- تُعتبر أمرًا مركزيًّا في العلاج النفسي أيضًا؛ فلكي تقتدر جوان علىٰ التعامل مع بؤسها وجرحها، سيتوجب علينا حشد قوتها الخاصة وحبها لذاتها، ليمكنها ذلك من شفاء نفسها.

كان هذا يعني التركيز علىٰ مواردها الداخلية العديدة وتذكير نفسي بأنه لا قدرة لي علىٰ منحها ما كانت تشتاق إليهما في طفولتها من حب ورعاية. واعلم أنك لو حاولت -كمعالج، أو معلم، أو ناصح مقرَّب- أن تملأ فجوات الحرمان المبكر، فستصطدم بحقيقة أنك الشخص غير المناسب، في الزمان غير المناسب، في المكان غير المناسب. ولهذا سينصب تركيز العلاج علىٰ علاقة جوان بأفراقها وليس بي.

الالتقاء بالمديرين

مع تقدم علاج جوان، حددنا العديد من الأفراق المختلفة التي كانت تمتلك زمام الأمور في الأوقات المختلفة: فِرْق طفولي عدواني يفجر ثورات المزاج، وفِرْق مراهق مسافح، وفِرْق انتحاري، ومدير وسواسي، وفِرْق أخلاقي متعفف، وغير ذلك. وكالعادة، التقينا بالمديرين أولًا؛ إذ كانت مهمتهم منع الإذلال، والهجر، والحفاظ علىٰ النظام والأمان. كان بعض المديرين عدوانيين، مثل الناقدة السابق ذكرها، في حين اتسم البعض الآخر بالكمالية أو التحفظ، حرصًا منهم علىٰ عدم لفت الانتباه إلىٰ أنفسهم أكثر مما ينبغي؛ حيث قد يطلبون منا أن نغض الطرف عما يجري وأن يبقونا سَالبيين لتجنب المخاطر؛ إذ يتحكم المديرون الداخليون في مقدار ولوجنا للعواطف، كيلا ينسحق نظام الذات.

يتطلب الأمر قدرًا هائلًا من الطاقة لإبقاء النظام تحت السيطرة؛ إذ قد يثير تعليقٌ غَزَلِيٌّ واحدٌ بضعةَ أفراق في آن واحد: فِرْق تتملكه استثارة جنسية شديدة، وآخر يمتلئ بكراهية الذات، وثالث يحاول تهدئة الأمور بواسطة تجريح الذات؛ كما يخلق مديرون آخرون وساوسَ وإلهاءات أو ينكرون الواقع بالكلية؛ ورغم هذا، فيجب التعامل مع كل فِرْق باعتباره حاميًا داخليًّا يشغل موقعًا دفاعيًّا هامًّا؛ فهؤلاء المديرون يحملون مسؤولية ضخمة، وعادة ما يكون طوفان التحديات أكبر من قدرتهم علىٰ الاحتمال.

هذا وقد يكون بعض المديرين علىٰ درجة عالية من الكفاءة؛ إذ يشغل العديد من مرضاي مناصب مسؤولة، ويعملون في وظائف مهنية متميزة، وقد يصيرون آباء مكترثين بأسرتهم إلىٰ حد رائع؛ ومما لا شك فيه أن مديرة جوان الناقدة قد ساهمت في نجاحها كطبيبة عيون. ولقد قابلتُ العديد من المرضىٰ الذين كانوا معلمين أو ممرضين ذوي مهارات عالية، ورغم أن زملاءهم كانوا يرونهم متحفظين أو نائين بعض الشيء، إلا أنهم علىٰ الأرجح سيندهشون لو اكتشفوا أنهم متورطون في تشويه الذات، أو اضطرابات الأكل، أو الممارسات الجنسية الغريبة.

بدأت جوان تدرك تدريجيًا أنه من الطبيعي أن تختبر في آن واحد مشاعر أو أفكار متضاربة، فمنحها هذا مزيدًا من الثقة لمواجهة المهام المطروحة؛ فبدلًا من الاعتقاد بأن الكراهية استهلكت كامل كينونتها، تعلمت أن الكراهية تُشعر فِرْقا واحدًا منها فقط بالشلل، ورغم ذلك، فبعد تلقيها تقييمًا سلبيًا في العمل، دخلت في دوامة انهيار، حيث وبخت نفسها علىٰ عدم حماية نفسها، ثم شعرت بالتشبث، والضعف، والعجز. وحينما سألتها عن مكان هذا الفِرْق الضعيف في جسدها وعن شعورها تجاهه، قاومت، وأخبرتني أنها لا تستطيع تحمل تلك الفتاة المتذمرة غير الكفؤة التي أشعرتها بالحرج والازدراء تجاه نفسها. حينئذ شككت في أن هذا الفِرْق يحمل قدرًا كبيرًا من ذكرىٰ الإساءة التي تعرضت لها، وقررتُ عدم الضغط عليها في هذه المرحلة. ثم غادرَت عيادتي منسحبة ومتوعكة.

في اليوم التالي انقضَّت علىٰ الثلاجة ثم أمضت ساعات في تقيؤ ما أكلته، وحين عادت لمكتبي، أخبرتني أنها تريد الانتحار، لكنها تفاجأت من الفضول الصادق الذي كساني ومن عدم حكمي عليها وعدم استهجاني لنهامها أو ميلها للانتحار. وحين سألتها عن الأفراق المتورطة، عادت الناقدة وصرخت قائلًا: «إنها مقززة». وحينما طلبت من هذا الفِرْق أن يتنحي، قال الفِرْق التالي: «لن يحبني أحد أبدًا»، ثم تلته الناقدة مرة أخرىٰ، لتخبرني أن أفضل وسيلة لمساعدتها هي تجاهل كل تلك الضوضاء وزيادة عدد الأدوية أو جرعاتها.

من الواضح أن رغبة المديرين في حماية أفراقها المصابة كانت تؤذي جوان عن غير قصد، لذلك ظللت أسألهم عما يظنون أنه سيحدث إذا تنحوا، فأجابت جوان: «سيكرهني الناس» و«سأكون وحيدة متسولة في الشوارع»؛ وأعقب ذلك الذكرىٰ الآتية: أخبرتها أمها أنها إذا عصت الأوامر، فسترسلها إلىٰ دار التبني ولن ترىٰ أخواتها أو كلبها مرة أخرىٰ. وحينما سألتها عن شعورها تجاه تلك الفتاة الخائفة في الداخل، بكت وقالت إنها تشعر بالاستياء من أجلها. الآن عادت «الذات»، وغمرتني الثقة من أننا قد أتممنا تهدئة النظام، ولكن تبين أن هذه الجلسة مبكرة جدًّا لحدوث ذلك.

في الأسبوع التالي تغيبت جوان عن جلستها: لقد أثرنا أفراقها المنفية، فدخل رجال الإطفاء في حالة من الاهتياج والثوران. وكما أخبرتني لاحقًا، ففي مساء يوم حديثنا عن رعبها من الإرسال إلىٰ دار التبني، شعرَت أنها ستنفجر من داخلها، فذهبت إلىٰ حانة ورافقت رجلًا إلىٰ منزله، وعند عودتها إلىٰ بيتها في وقت متأخر من الليل، سكرانة، ومنعدمة الهندام، رفضت التكلم مع زوجها ونامت في غرفة المعيشة؛ ثم في صباح اليوم التالي تصرفت كأن لم يحدث شيء.

سيفعل الإطفائيون أي شيء للتخلص من الألم الانفعالي، ورغم أنهم يشاركون المديرين في مهمة إبقاء المنفيين خارجًا، إلا أنهم معاكسون لهم: إذ تدور جميع مهام المديرين حول الحفاظ علىٰ السيطرة، لكن الإطفائيين يدمرون المنزل في سبيل إطفاء الحريق. وهكذا سيستمر الصراع بين المديرين المتوترين والإطفائيين الجامحين إلىٰ أن يُسمح للمنفيين -الحاملين عبء الصدمة- بالعودة إلىٰ البيت والحصول علىٰ الرعاية.

أي شخص يتعامل مع الناجين سيواجه هؤلاء الإطفائيين؛ ولقد قابلتُ إطفائيين مدمنين للتسوق، أو الكحول، أو ألعاب الحاسوب أو يتورطون في خيانات زوجية متهورة، أو يمارسون التريض ممارسة قهرية؛ كما يجدون في اللقاءات العابرة الدنيئة تبليدًا للرعب والخزي، ولو لبضع ساعات فحسب.

من الضروري أن نتذكر أن هؤلاء الإطفائيين -في صميمهم- يسعون باستماتة لحماية النظام؛ وعلىٰ عكس المديرين، الذين عادة ما يتعاونون أثناء الجلسة العلاجية تعاونًا سطحيًا، فإن الإطفائيين لا يتنحون جانبًا: وإنما يقذفون الإهانات ثم يخرجون من الغرفة كالريح العاصف؛ وذلك لأنهم شديدو الاهتياج، وإذا سألتهم ماذا سيحدث إذا توقفوا عن أداء وظائفهم، تكتشف أنهم معتقدون أن المشاعر المنفية ستدمر نظام الذات بأكمله؛ وهذا لأنهم غافلون عن فكرة أن هناك طرقًا أفضل لضمان السلامة الجسدية والعاطفية، وحتىٰ إذا توقفت سلوكيات

الإطفائيين مثل فرط الأكل أو التجريح، فغالبًا ما يجدون طرقًا أخرىٰ لإيذاء الذات. وهكذا فلن تنكسر تلك الحلقة المفرغة إلا حين تقتدر «الذات» علىٰ امتلاك زمام الأمور وشعور النظام بالأمان.

عبء السُّمِّيَّة

المنفيون هم مكب النفايات السامة الخاص بالنظام، ونظرًا لأنهم يحملون الذكريات، والأحاسيس، والمعتقدات، والعواطف المرتبطة بالصدمة، فمن الخطر إطلاق سراحهم؛ إنهم حاوية خبرة «يا إلهي، لقد انتهىٰ أمري» -التي هي جوهر الصعق الذي لا مفر منه- المصحوبة بمشاعر الرعب، والانهيار، والتكيف. لكن المنفيين قد يكشفون عن أنفسهم في هيئة الأحاسيس الجسدية الساحقة أو التخدر البالغ، وبهذا يغيظون كلًّا من عقلانية المديرين وشجاعة الإطفائيين الصَلِفة.

كانت جوان -كمعظم الناجين من إتيان المحارم- كارهة لمنفييها، ولا سيما الفتاة الصغيرة التي استجابت للمطالب الجنسية لمنتهكها والطفلة المذعورة التي كانت تئنّ وحيدة في سريرها. لكن حينما يسحق المنفيون المديرين، فإنهم يستولون علينا بالكلية - فلا نكون سوىٰ ذلك الطفل المرفوض، الضعيف، غير المحبوب، والمهجور؛ وبهذا تصبح الذات «ممتزجة» بالمنفيين، ويأفل نجم كل بديل ممكن لحياتنا؛ ثم، كما يشير شفارتز: «نرىٰ أنفسنا -والعالم- بأعينهم ونعتقد أن ذلك «هو» العالم»؛ وحينئذ لن يخطر ببالنا أننا صرنا في قبضة غيرنا»١٧.

ورغم ذلك، فإن إبقاء المنفيين في الحبس لا يقضي علىٰ الذكريات والعواطف فحسب، بل يقضي أيضًا علىٰ الأفراق التي تحملها -الأفراق التي تضررت أشد الضرر من جراء الصدمة؛ وبلسان شفارتز: «عادةً ما تكون هي أفراقك المتسمة بأعلىٰ درجات الحساسية، والإبداع، والحيوية، والمرح، والبراءة، ومحبة الحميمية. وإن نفيها حين انجراحها يؤدي إلىٰ معاناتها من ضربة مزدوجة- حيث يضاف أذىٰ رفضك إلىٰ إصابتها الأصلية»١٨. وكما اكتشفت

جوان، فقد كان إبقاء المنفيين متوارين ومحتقَرين يحكم عليها بحياة خالية من الحميمية أو البهجة الصادقة.

فك وثاق الماضي

بعد بضعة أشهر من علاج جوان، قمنا مجددًا بالوصول إلىٰ الفتاة المنفية التي حملت الإذلال، والارتباك، والخزي الناجمين عن تحرشها الجنسي؛ وبحلول ذلك الوقت، صارت تثق بي بدرجة كافية ونمىٰ لديها قدر كافٍ من الحس بـ «الذات» لتقتدر علىٰ إطاقة ملاحظة نفسها الطفلة، بكل مشاعر الرعب، والحماس، والاستسلام، والتواطؤ المدفونة منذ زمن طويلة. لم تنطق بشيء يُذكَر خلال هذه العملية، وكانت وظيفتي الرئيسية هي إبقاءها في حالة الملاحظة الذاتية الهادئة. وغالبًا ما كانت تنتابها اندفاعة النفور اشمئزازًا وارتعابًا، تاركة هذه الطفلة المستنكَرة وحيدة في بؤسها، لكنني في هذه الأوقات كنت أطلب من أفراقها الحامية أن تتنحىٰ جانبًا كي تتمكن من الاستماع إلىٰ ما ترغب صبيتُها الصغيرة في إعلامها به.

وأخيرًا، وبتشجيعي، اقتدرت علىٰ الهرع إلىٰ المشهد واصطحاب الفتاة إلىٰ مكان آمن، كما أخبرت المنتهك بنبرة صارمة أنها لن تسمح له بالاقتراب منها مجددًا أبدًا؛ وهكذا لعبَت دورًا فاعلًا في تحرير الطفلة بدلًا من إنكار وجودها. وكما هو الحال في «إعادة المعالجة الذكروية»، فقد كان ذوبان الصدمة نتاجًا لاقتدارها علىٰ ولوج خيالها وإعادة صياغة المشاهد التي ظلت متجمدة فيها زمنًا طويلًا؛ وبهذا تم استبدال السالبية العاجزة بإجراءٍ حازمٍ مقاد ذاتيًّا.

بمجرد أن شرعت جوان في امتلاك زمام اندفاعاتها وسلوكياتها، أدركت الخواء الذي تتسم به علاقتها بزوجها -برايان Brian- وبدأت في الإصرار علىٰ التغيير؛ فدعوتها لأن تطلب من برايان حضور مقابلاتنا، ثم ظللت أقابلهما سويًّا ثماني جلسات قبل أن يبدأ هو في مقابلتي منفردًا.

يلاحظ شڤارتز أن «الأسرة الداخلية» يمكن أن يساعد أفراد الأسرة علىٰ تبصير بعضهم بعضًا، وذلك حين يتعلم كل منهم ملاحظة كيفية تفاعل أفراقه مع

أفراق الآخرين؛ ولقد شهِدْتُ هذا بنفسي في حالة جوان وبرايان؛ إذ كان برايان في بادئ الأمر فخورًا للغاية باصطباره علىٰ سلوك جوان منذ زمن طويل، كما كان شعوره بأنها في حاجة ماسة إليه مانعًا إياه من مجرد النظر في أمر الطلاق. ولكن الآن بعد رغبتها في مزيد من الحميمية، صار يشعر بالضغط وعدم الكفاية - مزيلًا الستار عن فِرْق هلوع، انطفأ وبنىٰ سدًّا بينه وبين الشعور.

بدأ برايان رويدًا رويدًا في التحدث عن ترعرعه داخل أسرة سكيرة كانت فيها سلوكيات جوان السابقة شائعة ومتجاهلة إلىٰ حد كبير، وتتخللها الإقامات المتكررة لأبيه في مراكز إزالة السمية والإدخال المتكرر لأمه في المستشفىٰ لفترات طويلة بسبب الاكتئاب ومحاولات الانتحار. وحين سألتُ هذا الفِرْق الهلوع ماذا سيحدث إذا سمح لبرايان بالشعور بأي شيء، إذا به يكشف عن خوفه من الانسحاق تحت وطأة الألم - ألم طفولته مضاف إليه ألم علاقته بجوان.

ثم بزغت أفراق أخرىٰ أثناء الأسابيع القليلة التالية؛ في البداية جاء الحامي الذي كان خائفًا من النساء ومصممًا علىٰ عدم السماح أبدًا لبرايان بأن يصير عرضة لتلاعبهن؛ ثم اكتشفنا الفِرْق الراعي القوي الذي اعتنىٰ بأمه وبإخوته الصغار، وقد منحه هذا الفِرْق شعورًا بالقيمة الذاتية والغاية وأمده بوسيلة للتعامل مع رعبه؛ وفي نهاية المطاف، صار براين مستعدًّا لمقابلة منفيِّه، الصبي الخائف العَجِيّ[1] الذي لم يعتنِ به أحد.

هذه نسخة قصيرة جدًّا من الاستكشاف الطويل الذي خضناه، والذي احتوىٰ علىٰ العديد من انحرافات المسار، كحين كانت ناقدة جوان تعاود البزوغ من حين لآخر. ولكن منذ البداية وقد ساعدت «الأسرة الداخلية» جوان وبرايان علىٰ الاستماع إلىٰ نفسهما وإلىٰ بعضهما بعضًا من منظور «الذات» الموضوعية، والفضولية، والرحيمة. وبهذا لم يعودوا محبوسين في الماضي، وانبثق لهم طيف كامل من الاحتمالات الجديدة.

---

(١) العجيّ هو الطفل الذي ماتت أمه، أما اليتيم فهو الطفل الذي مات أبوه. أما الطفل الذي مات كلا والديه فيسمىٰ لَطِيمًا. (المترجم).

قوة التراحم الذاتي[1]: «الأسرة الداخلية» في علاج الْتِهاب المفاصِلِ الرُّوماتويديّ

نانسي شاديك Nancy Shadick هي أخصائية أمراض الروماتيزم بمستشفىٰ «بريغهام أند وومن[2]» في بوسطن، وهي تجمع بين الأبحاث الطبية حول التهاب المفاصل الروماتويدي واهتمامها الشديد باختبار مرضاها لدائهم؛ وحينما اكتشفَت «الأسرة الداخلية» في ورشة عمل مع ريتشارد شڤارتز، قررَت إدراج هذا الأسلوب العلاجي في دراسة حول التدخل النفسي الاجتماعي في حالة مرضىٰ التهاب المفاصل الروماتويدي.

التهاب المفاصل الروماتويدي هو أحد أمراض المناعة الذاتية، يحدث اضطرابات التهابية في جميع أنحاء الجسم مسببًا ألمًا وعجزًا مزمنين. وتستخدم الأدوية لتقليل سرعة تقدمه وتخفف قدرًا من الألم، لكن لا يوجد علاج شافٍ؛ كما يمكن أن يؤدي العيش مع هذا المرض إلىٰ الاكتئاب، والقلق، والعزلة، والتدهور العام في جودة الحياة. ولقد تابعتُ هذه الدراسة باهتمام شديد بسبب الارتباط الذي لاحظته بين الصدمة وأمراض المناعة الذاتية.

استعانت د. شاديك بأخصائية «أنظمة الأسرة الداخلية» نانسي سويل Nancy Sowell، لإنشاء دراسة مُعَشَّاة[3] مدتها تسعة أشهر لمرضىٰ التهاب المفاصل الروماتويدي، تتلقىٰ فيها إحدىٰ المجموعتين تعليمات جماعية وفردية عن «الأسرة الداخلية»، في حين تتلقىٰ المجموعة الضابطة رسائل بريدية ومكالمات هاتفية بصفة دورية بخصوص أعراض المرض والتدابير المتاحة. وذلك مع استمرار المجموعتين في تناول أدويتهما المعتادة، وخضوعهما لتقييم دوري من قِبل أطباء روماتيزم لا يعلمون المجموعة التي ينتمي إليها المريض.

---

(١) Self-Compassion: ولقد اقتبست المصطلح من د. عبد الجواد خليفة. (المترجم).

(2) Boston's Brigham and Women's Hospital.

(3) randomized study.

كان الهدف من مجموعة «الأسرة الداخلية» هو تعليم المرضىٰ كيفية تقبل مشاعر الخوف، واليأس، والغضب التي لا مفر منها، وفهمها، والتعامل معها بصفتها أعضاء في «الأسرة الداخلية» الخاصة بهم؛ حيث كانوا يتعلمون مهارات الحوار الداخلي التي من شأنها أن تمكنهم من تمييز ألمهم، وتحديد الأفكار والعواطف المصاحبة له، ثم مقاربة هذه الحالات الداخلية باهتمام ورحمة.

لكن ظهرت مشكلة رئيسية في باكورة الدراسة: علىٰ غرار العديد من الناجين من الصدمات، كان مرضىٰ الروماتويدي مصابين باستبهام المشاعر؛ وكما أخبرتني نانسي سويل لاحقًا، فلم يكن أحد منهم يشتكي قط من ألمه أو إعاقته إلا حين يكون منسحقًا تمامًا، وحين يُسألون عما يشعرون به، يكون جوابهم دائمًا: «أنا بخير». من الجليّ أن أفراقهم الرزينة ساعدتهم علىٰ التكيف، لكن هؤلاء المديرين كانوا يبقونهم كذلك في حالة الإنكار؛ بل إن البعض قد قاموا بإطفاء أحاسيسهم الجسدية وعواطفهم لدرجة أنهم كانوا عاجزين عن التعاون الفعَّال مع أطبائهم.

ولتحريك الأمور، قام قادة المجموعة بعرض أفراق «الأسرة الداخلية» عرضًا دراميًّا، حيث أعادوا ترتيب أثاث الغرفة لتمثيل المديرين، والمنفيين، والإطفائيين؛ وعلىٰ مدار بضعة أسابيع، بدأ أعضاء المجموعة في التحدث عن المديرين الذين يطلبون منهم «الابتسام والاصطبار» فلا أحد يرغب في معرفة آلامهم علىٰ أية حال. بعد ذلك، حينما طلبوا من الأفراق الرزينة أن تتنحىٰ جانبًا، شرعوا في الاعتراف بالفِرْق الغاضب الراغب في الصياح وإحداث الفوضىٰ، والفِرْق الراغب في ملازمة الفراش طوال الوقت، والمنفي الشاعر بانعدام القيمة بسبب منعهم له من التكلم. وقد تبين لنا أن جميعهم تقريبًا توجب عليهم في طفولتهم أن يكونوا مرئيين لكن عديمي الصوت - حيث كان الأمان يعني إبقاء احتياجاتهم طي الكتمان.

لقد ساعد علاج «الأسرة الداخلية» الفردي هؤلاء المرضىٰ علىٰ تطبيق لغة الأفراق الداخلية علىٰ مشكلاتهم اليومية؛ فعلىٰ سبيل المثال، كانت هناك امرأة تشعر بأنها محاصرة بسبب العراقيل الموجودة في حياتها المهنية، حيث كان أحد

المديرين مُصِرًّا علىٰ أن السبيل الوحيد للخروج من هذه المشاكل هو فرط العمل، حتىٰ اندلع بركان الروماتويدي؛ لكن بمساعدة المعالج لها، أدركت أنها تستطيع تلبية احتياجاتها دون إمراض نفسها.

لقد خضعت المجموعتان، «الأسرة الداخلية» والضابطة، للتقييم ثلاث مرات خلال فترة الدراسة التي استمرت تسعة أشهر ثم مرة رابعة بعد عام. وفي نهاية التسعة أشهر، أظهرت مجموعة «الأسرة الداخلية» تحسنات مقيسة في الألم المفصلي المقيَّم ذاتيًّا، والوظيفة الجسدية، والتراحم الذاتي، والألم الكلِّيّ المقارَن بالمجموعة التي تلقت تعليمًا حول المرض؛ كما أظهروا تحسنات كبيرة في أعراض الاكتئاب والنجاعة الذاتيّة[1]. هذا وقد كانت المكاسب التي حققتها مجموعة «الأسرة الداخلية» في إدراك الألم والأعراض الاكتئابية ما زالت موجودة بعد مرور سنة علىٰ ذلك، هذا رغم أن الاختبارات الطبية الموضوعية لم تستطع حينئذ رصد تحسنات مقيسة في الألم أو الوظيفة؛ وبعبارة أخرىٰ، لقد حدث التغير الأكبر في قدرة المرضىٰ علىٰ التعايش مع مرضهم. وفي استنتاجاتهما، أكدت شاديك وسويل علىٰ أن التراحم الذاتي، الذي ركّز عليه «الأسرة الداخلية»، كان عاملًا رئيسيًا.

لم تكن هذه هي الدراسة الأولىٰ التي تظهر أن التدخلات النفسية يمكن أن تساعد مرضىٰ التهاب المفاصل الروماتويدي، فلقد ثبت أيضًا أن العلاجات السلوكية المعرفية والممارسات القائمة علىٰ اليقظة الذهنية لها تأثير إيجابي علىٰ الألم، والتهاب المفاصل، والإعاقة الجسدية، والاكتئاب١٩؛ ورغم ذلك، فلم تطرح أي من هذه الدراسات سؤالًا مهمًّا: هل انعكست زيادة الأمان والارتياح النفسيَّين في تحسن أداء الجهاز المناعي؟

---

(1) self-efficacy.

تحرير الطفل المنفي

كان بيتر Peter مدير قسم الأورام بمركز طبي أكاديمي مرموق مصنف بأنه أحد أفضل المراكز الطبية في البلاد، وحين جاء إلىٰ عيادتي وجلس أمامي، كان متحليًا بلياقة بدنية مثالية اكتسبها من ممارسته المنتظمة للإسكواش، كما كانت ثقته بنفسه بالغة حد الغطرسة؛ فلم يكن هناك ما يشير إلىٰ أن هذا الرجل يعاني من اضطراب الكرب التالي للصدمة بأي شكل من الأشكال. ثم أخبرني أنه لا يريد سوىٰ معرفة كيف يساعد زوجته علىٰ تخفيف «فرط حساسيتها»؛ إذ كانت قد هددت بفراقه ما لم يفعل شيئًا حيال قلبه المتحجر. لكنه أكد لي أن إدراكها للأمر مشوه، لأنه بكل وضوح لا يواجه مشكلة في التشاعر مع المرضىٰ.

أحب بيتر الحديث عن عمله، حيث كان فخورًا بحقيقة أن الأطباء المقيمين والزملاء يتنافسون بشدة لخدمته، وبالشائعات التي تبلغه عن ارتعاب موظفيه منه، كما وصف نفسه بأنه إنسان صادق للغاية، وعالم حقٌّ، وشخص لا ينظر سوىٰ للحقائق، كما وجه إلي نظرة ذات مغزىٰ وهو يقول أنه لا يطيق صبرًا علىٰ الحمقىٰ. كما كان لديه معايير عالية فيما يتعلق بالآخرين، لكنها لم تكن أعلىٰ من معاييره المتعلقة بنفسه، كما أكد لي أنه لا يحتاج حُبًّا من أحد، ويكفيه احترامهم له.

كما أخبرني بيتر أن دورة الطب النفسي التي تلقاها أثناء دراسته بكلية الطب قد أقنعته أن الأطباء النفسيين ما زالوا يمارسون الشعوذة، وأن الفترة التي كان قد أمضاها في العلاج الزواجي قد أكدت هذا الرأي. كما أعرب عن ازدرائه لمن يلومون آباءهم أو مجتمعهم علىٰ مشاكلهم، ورغم أنه كان قد تلقىٰ قسمته من البؤس في طفولته، إلا أنه كان مصممًا علىٰ ألا ينظر أبدًا لنفسه علىٰ أنه ضحية.

ورغم أنني كنت منجذبًا إلىٰ صلابة بيتر وحبه للدقة، فلم يسعني إلا التفكُّر فيما إذا كنا سنكتشف أمرًا قد رأيته كثيرًا من قبل: أن المديرين الداخليين المهووسين بالسلطة عادة ما ينشَئون كحصن يمنع الشعور بالعجز.

وحينما سألت بيتر عن عائلته، أخبرني أن والده يدير شركة صناعية، وأنه أحد الناجين من الهولوكوست؛ ورغم قسوته وصرامته، إلا أن لديه جانبًا عاطفيًّا ورقيقًا هو ما حافظ علىٰ ارتباط بيتر به وألهمه أن يغدو طبيبًا؛ لكن حين حكىٰ لي بيتر عن أمه، أدرك لأول مرة أنها كانت قد استبدلت الرعاية الصادقة بالأعمال المنزلية الصارمة، لكنه نفىٰ أن هذا ضايقه؛ وأنه حقق أعلىٰ الدرجات في المدرسة، لأنه كان قد أخذ علىٰ نفسه عهدًا بتشييد حياة خالية من الرفض والإذلال، ولكن من المفارقة الساخرة أنه كان يعايش الموت والرفض يوميًّا: الموت في جناح الأورام والصراع الدائم للحصول علىٰ تمويلٍ لأبحاثه ولنشرها.

ثم انضمت إلينا زوجة بيتر في الاجتماع التالي، ووصفت انتقاده المتواصل لها: ذوقها في الملابس، وممارساتها في تربية الأطفال، وعاداتها في القراءة، وذكائها، وصديقاتها؛ وأنه نادرًا ما يتواجد في البيت كما أنها لم تجده متاحًا وجدانيًّا قط؛ وأن عائلته تتعامل معه بحذر شديد دائمًا لأن لديه الكثير من الالتزامات الهامة ولأن مزاجه سريع التفجر. لذا صممت زوجته علىٰ فراقه وتشييد حياة جديدة لنفسها ما لم يقم ببعض التغييرات الجذرية؛ وحينئذ، رأيت -لأول مرة- اكترابًا واضحًا علىٰ بيتر؛ وأكد لي ولزوجته أنه راغب في إصلاح الأمور.

وفي جلستنا التالية، طلبت منه أن يسمح لجسمه بالاسترخاء، ويغمض عينيه، ويركز انتباهه في الداخل، ويسأل ذلك الفِرْق الناقد -الفِرْق الذي حددته زوجته- عما يخاف من حدوثه إذا كفّ عن أحكامه القاسية؛ وبعد حوالي ثلاثين ثانية، قال إنه يشعر بالغباء بتحدثه إلىٰ نفسه، وأنه عازف عن تجربة حيلة عصرية جديدة - فلقد جاء إلي باحثًا عن «علاج مثبَت تجريبيًّا». حينئذ أكدت له أنني -مثله- أحتل مركز الصدارة في العلاجات القائمة علىٰ التجريب وأن هذا واحد منها. ثم ظللت صامتًا لدقيقة أو نحو ذلك قبل أن يهمس قائلًا: «سأتأذىٰ»؛ فحثثته علىٰ سؤال الناقد عن معنىٰ ذلك، فأجاب بيتر وهو لا يزال مغمض العينين: «إن انتقدتَ الآخرين فلن يجرؤوا علىٰ إيذائك»، ثم: «وإذا كنت مثاليًّا، فلن يقدر أحد علىٰ

انتقادك»، وحينئذ طلبت منه أن يشكر ناقده لحمايته من الأذىٰ والإهانة؛ ثم حين تملكه الصمت مرة أخرىٰ، رأيت كتفيه يسترخيان وتنفسه يغدو أبطأ وأعمق.

بعد ذلك أخبرني أنه واعٍ بأن غروره يؤثر علىٰ علاقته بزملائه وطلابه؛ إذ كان يشعر بالوحدة والوضاعة أثناء اجتماعات الموظفين وبالضيق في حفلات المستشفىٰ، وحينما سألته عما إذا كان راغبًا في تغيير طريقة تعامل فِرْقه الغاضب مع الآخرين وتهديده لهم، رد بالإيجاب؛ ثم سألته عن مكان هذا الفِرْق في جسده، فوجده في منتصف صدره، فطلبت منه إبقاء تركيزه بالداخل، ثم سألته عن شعوره تجاه هذا الفِرْق، فقال إنه يجلب له الخوف.

بعد ذلك طلبت منه أن يظل مركزًا عليه ويلاحظ شعوره تجاهه الآن، فقال إنه يشعر بالفضول نحو معرفة المزيد عنه، فسألته عن عمره، فقال حوالي سبعة أعوام، فطلبت منه أن يكشف له ناقده عما يحميه؛ فطال صمته وهو لا يزال مغمضًا عينيه، ثم أخبرني أنه يشهد مشهدًا من طفولته: كان والده يضرب صبيًّا صغيرًا، بيتر الطفل، أما هو فقد كان يقف جانبًا ويتعجب من شدة غباء ذلك الطفل الذي أدىٰ إلىٰ استفزاز والده؛ وحينما سألته عن شعوره تجاه ذلك الصبي الذي يقع عليه الأذىٰ، قال لي إنه يحتقره؛ فلقد كان ضعيفًا ونواحًا، ولم يُظهر أي جموح تجاه أساليب والده الطغيانية، بل دائمًا ما كان يستسلم وينوح واعدًا بأنه سيكون صبيًّا مؤدبًا، ولم تتقد بداخله نار الشجاعة أو التمرد قط. حينئذ سألت الناقد عما إذا كان علىٰ استعداد للتنحي جانبًا حتىٰ نتمكن من رؤية ما يعتمل في نفس ذلك الصبي؛ وردًّا علىٰ ذلك، ظهر الناقد بكامل قوته نابزًا إياه بألقاب مثل «جبان» و«مخنث»؛ فسألت بيتر مجددًا عما إذا كان الناقد مستعدًّا للتنحي جانبًا ومنح الصبي فرصة للتكلم؛ وحينئذ انطفأ تمامًا وغادر الجلسة قائلًا إنه علىٰ الأرجح لن يطأ بقدمه عيادتي ثانية.

لكنه عاد في الأسبوع التالي: فكما هددته زوجته، فلقد توجهت إلىٰ المحامي وقدمت طلب الطلاق؛ لقد عاد محطَّمًا ولم يعد يبدو -بتاتًا- كالطبيب المثالي الذي كنت أعرفه. ومن نواح عدة، كان مُرهَبًا؛ إذ واجه خسارة أسرته

فتزعزع مركزه، ثم شعر بالارتياح لفكرة أنه إذا ساءت الأمور للغاية فلا مانع من المجازفة بأغلىٰ ما تملك.

حينئذ ولجنا عالمه الداخلي مجددًا وحددنا ذلك الفِرْق المرتعب من الهجر، وما إن وصل إلىٰ يقظة «الذات»، حثثته علىٰ أن يطلب من ذلك الصبي المرعوب أن يُظهر له الأعباء التي يحملها. ومجددًا، كان رد فعله الأول هو الاشمئزاز من ضعف الصبي، لكن بعد أن طلبت منه تنحية هذا الفِرْق جانبًا، رأىٰ صورة لنفسه حين كان صبيًّا صغيرًا في بيت والديه، وحيدًا في غرفته، يصرخ من الرعب. لقد شاهد بيتر هذا المشهد لبضع دقائق، وانتحب أثناء معظمه في صمت. وحين سألته ما إذا كان الصبي قد أخبره بكل ما يرغب في إعلامه به؛ قال كلا، هناك مشاهد أخرىٰ، مثل هرولته إلىٰ باب البيت ليحتضن أباه وإذ به يتلقىٰ صفعة منه جزاء عصيانه لأمه.

من حين لآخر كان بيتر يقاطع العملية بشرح سبب عجز والديه عن تقديم أفضل مما قدّماه، بأنهما ناجيان من الهولوكوست مع كل توابع ذلك؛ لكنني كنت أقترح عليه أن يعثر علىٰ الأفراق الحامية التي تُقاطع مشاهدته لألم الصبي وأن يطلب منها أن تنتقل مؤقتًا إلىٰ غرفة أخرىٰ، وفي كل مرة كان يقتدر علىٰ العودة إلىٰ حزنه.

ثم طلبت من بيتر أن يخبر الصبي أنه فهم الآن مدىٰ سوء الخبرات التي مرت به، فتملكه صمت حزين طويل؛ ثم طلبت منه أن يُريَ الصبي أنه مكترث به، وبعد قدر قليل من الإقناع اللطيف، إذ به يحتضن الصبي، وفوجئت بأن هذا الرجل الغليظ ذا القلب المتحجر يعلم تمامًا كيف يعتني به.

وبعد مرور بعض الوقت، حثثت بيتر علىٰ العودة إلىٰ المشهد واصطحاب الصبي معه، فتخيل بيتر ذاته الراشدة تجابه والده، وتقول له: «إن ضايقت هذا الفتىٰ ثانية لآتينّ وأقتلنّك»؛ ثم تخيل أنه يصطحب الطفل إلىٰ مخيم جميل، حيث يمكن للصبي أن يلعب ويمرح مع الخيول وهو يراقبه.

لكن عملنا لم يكن قد انتهىٰ بعد؛ إذ عقب إلغاء زوجته طلب الطلاق، عادت بعض عاداته القديمة للظهور، فتوجب علينا معاودة زيارة هذا الصبي المعزول من حين لآخر للحرص علىٰ وصول الرعاية لأفراق بيتر المجروحة، خاصة حين شعوره بالأذىٰ من أمر حدث في بيته أو في مهنته؛ وهذه هي المرحلة التي يسميها «الأسرة الداخلية» «إزالة العبء»، وهي متمثلة في تمريض هؤلاء المنفيين إلىٰ أن يستردوا عافيتهم. ومع كل عملية «إزالة عبء» جديدة، كان الناقد الداخلي اللاذع يسترخىٰ شيئًا فشيئًا، حتىٰ صار في نهاية المطاف أشبه بناصح وليس قاضيًا؛ ثم بدأ في إصلاح علاقته بعائلته وزملائه؛ كما تلاشىٰ صداع التوتر[1] الذي كان يعاني منه.

ولقد أخبرني ذات يوم بأنه كان قد أمضىٰ مرحلة رشده ساعيًا إلىٰ التخلي عن ماضيه، ثم لاحظ المفارقة الساخرة في أنه اضطر إلىٰ التقرب منه من أجل التخلي عنه.

---

(1) tension headache.

الفصل الثامن عشر
سد الفجوات
ابتكار الهياكل

إن أعظم اكتشاف في جيلي هو أن البشر يستطيعون تغيير حياتهم عن طريق تغيير وجهتهم الذهنية.

- وليام جيمس

لم يختلف المرئيّ، وإنما اختلفت الرؤية؛ وكأن البُعْد الجديد قد غيَّر العامل المكاني في عملية الرؤية.

- كارل يونغ

إن معالجة ذكريات الصدمة نقرة، ومواجهة الفراغ الداخلي نقرة مختلفة تمامًا؛ وأعني بهذا الفراغِ: فجوات روحك التي نجمت عن شعورك بأنك غير مرغوب، وغير مرئي، وعن منعك من التصريح بالحقيقة؛ فمن الصعب أن تدرك شعور أن تكون محبوبًا ومتشرَّفًا بك إذا كنت لم تجد قط استنارة في وجه والديك حين نظرهما إليك؛ وإذا كنت آتيًا من عالم غامض مليء بالسرية والخوف، فمن شبه المستحيل أن تعثر علىٰ كلمات تعبر عما صابرته؛ وإذا ترعرعت شاعرًا بأنك غير مرغوب ومتجاهَل، فستواجه تحديًا كبيرًا في استنبات الحس الحشوي بالوكالة والقيمة الذاتية.

لقد أظهر البحث الذي أجريته أنا وجوديث هيرمان وكريس بيري (انظر الفصل التاسع) أن الذين شعروا في طفولتهم بأنهم غير مرغوبين، والذين لم

يتذكروا أنهم شعروا بالأمان مع أي شخص أثناء ترعرعهم، أظهر البحث أنهم لم ينتفعوا من العلاج النفسي التقليدي الانتفاع التام؛ وهذا على الأرجح لأنهم لم يتمكنوا من تنشيط آثار قديمة لذكرى الشعور بالرعاية.

بل إنني استطعت رؤية هذا الأمر لدى بعض مرضاي الأشد التزامًا بمسؤولياتهم وتعبيرًا عما في أنفسهم؛ فبالرغم من اجتهادهم في العلاج ونصيبهم من الإنجازات الشخصية والمهنية، إلا أنهم لم يتمكنوا من محو البصمات المدمرة الناتجة عن الأم التي كانت مصابة باكتئاب شديد لدرجة أنها لم تكن قادرة على ملاحظة وجودهم، أو عن الأب الذي بدا من معاملته لهم أنه يتمنى أنهم لم يولدوا أبدًا؛ فكان من الواضح أن حياتهم لن تتغير تغيرًا جوهريًا ما لم يتمكنوا من إعادة بناء تلك الخرائط الضمنية، ولكن كيف؟ أنّى لنا مساعدة الناس على الدراية بالمشاعر التي كانت تنقصهم في باكورة حياتهم؟

لقد لمحت إجابة محتملة لهذا السؤال عندما حضرت في يونيو ١٩٩٤م المؤتمر التأسيسي لـ «جمعية الولايات المتحدة للعلاج بالجسم»[١] بكلية صغيرة على ساحل ماساتشوستس الصخري بمدينة بيفرلي، ومن المفارقة الساخرة أنهم كانوا قد طلبوا مني تمثيل تيار الطب النفسي السائد في المؤتمر والتحدث عن استخدام مسوح الدماغ لتصوُّر الحالات النفسية، ولكن بمجرد دخولي الرواق الذي اجتمع فيه الحضور لتناول القهوة الصباحية، أدركت من فوري أن هذا الحشد مختلف عما اعتدت عليه من تجمعات الفارماكولوجيا النَّفْسِيَّة أو العلاج النفسي؛ إذ كان الأسلوب الذي يتكلمون به مع بعضهم بعضًا، ووضعياتهم وإيماءاتهم، كل ذلك كان يشع حيوية وانخراطًا؛ تلك التبادلية الجسدية التي تُعتبر جوهر التناغم.

وسرعان ما ابتدأت حديثًا مع ألبرت بيسو Albert Pesso، وهو راقص سابق كان يعمل لدى «شركة مارثا جراهام للرقص»[٢]، ورغم أنه حينئذ كان بدينًا وفي

(1) United States Association for Body Psychotherapy.

(2) Martha Graham Dance Company.

أوائل السبعينيات من عمره، لكنه تحت حاجبيه الكثيفين كان يشع لطفًا وثقة بنفسه، وأخبرني أنه قد عثر علىٰ طريقة تغير جذريًا علاقة الناس بصميم ذاتهم الجسمية، ورغم أن حماسه كان كالعطسة المعدِية، إلا أنني كنت متشككًا، لذا سألته عما إذا كان متيقنًا من أنه يستطيع تغيير إعدادات اللوزة الدماغية، لكنه لم يرتبك أو يقلق من حقيقة أن وسيلته لم تخضع للاختبار العلمي قط، وإنما أكد لي بثقة أنه يستطيع ذلك.

كان بيسو علىٰ وشك إجراء ورشة عمل حول «نظام بيسو/بويدن للعلاج النفسي الحركي»[1]، فدعاني لحضوره؛ لكن تلك الورشة لم تكن كأي ورشة رأيتها من قبل: جلس بيسو علىٰ كرسي مواجهًا امرأة تُدعىٰ نانسي Nancy، والتي وصفها بـ «بطل الرواية»، وجلس باقي المشاركين علىٰ وسائد حولهما، ثم دعا نانسي للتحدث عما يتعبها؛ وكان من حين لآخر ينتهز توقفاتها المؤقتة لـ «يشهد» علىٰ ما يلاحظه، مثل: «يمكن للشاهد أن يرىٰ مدىٰ اغتمامك حين تتحدثين عن هجر والدك للأسرة»، ولقد كنت منبهرًا بدقة تَتَبُّعه للتحولات الطفيفة في وضعية الجسم، والتعبيرات الوجهية، ونبرة الصوت، ونظرات العينين، والتعبير غير اللفظي عن العواطف (وهذا ما يسمىٰ بـ «التتبع الدقيق» في العلاج النفسي الحركي[2]).

وفي كل مرة يدلىٰ فيها بيسو بـ «إفادة شاهد»، كان وجه نانسي وجسدها يسترخيان بعض الشيء، وكأن شعورها بأنها مرئية ومُصَدَّقة يشعرها بالراحة، كما بدا أن تعليقاته الهادئة تزيد من شجاعتها علىٰ الاستمرار والتعمق. ثم حين أجهشت نانسي بالبكاء قال إنه ينبغي ألا يحمل أحدٌ كل هذا الألم بمفرده، ثم سألها ما إذا كانت راغبة في اختيار شخص للجلوس بجوارها (وكان يسمي هذا «شخص الاتصال»)، فأومأت نانسي برأسها موافقة، وبعد تفحصٍ متمعن في الغرفة أشارت إلىٰ امرأة لطيفة المظهر في منتصف العمر، فسأل بيسو نانسي أين

---

(1) PBSP psychomotor therapy.

(2) Psychomotor Therapy.

ترغب في أن يجلس شخص الاتصال، فقالت نانسي بحزمٍ: «هنا بالضبط»، مشيرة إلىٰ وسادة علىٰ يمينها مباشرة.

ولقد أدهشني ذلك؛ إذ من المعلوم أن البشر يعالجون العلاقات المكانية باستخدام النصف المخي الأيمن، لكن أبحاث التصوير العصبي التي أجريناها كانت قد أظهرت أيضًا أن أثر الصدمة موجود بشكل رئيسي في هذا النصف الأيمن (انظر الفصل الثالث)؛ ومعلوم أيضًا أن الاكتراث والاستنكار واللامبالاة، كل ذلك يعبَّر عنه أساسًا من خلال التعبيرات الوجهية، ونبرة الصوت، والحركات الجسدية، لكن وفقًا للأبحاث الحديثة: يحدث ما يصل إلىٰ ٩٠ بالمائة من التواصل البشري في ميدان النصف المخي الأيمن غير اللفظي٢، وهو الميدان الذي بدا أن عمل بيسو منصب أساسًا عليه. ومع استمرار ورشة العمل، ذُهلتُ أيضًا بملاحظتي أن وجود شخص الاتصال يساعد نانسي علىٰ إطاقة الخبرات المؤلمة التي كانت تسترجعها٣.

ولكن الأغرب في كل ذلك هو الطريقة التي ابتكر بها بيسو اللوحات -أو كما سمّاها «الهياكل»- الممثلة لماضي بطل الرواية: فبعد انبثاق القصص، كان يطلب من المشاركين لعب أدوار الأشخاص المهمين في حياة بطل الرواية -كالوالدين وغيرهما من أفراد الأسرة- بحيث يبدأ عالمه الداخلي في التشكل في الفضاء ثلاثي الأبعاد؛ كما يتم توظيف أعضاء المجموعة للعب دور الوالدين المثاليين اللذين كان البطل يتمناهما، اللذين سيقدمان الدعم، والحب، والحماية؛ ما كان مفتقرًا إليه في أوقاته الحرجة. ثم يصبح أبطال الرواية مخرجي مسرحياتهم الخاصة، فيخلقون حولهم الماضي الذي لم يحظوا به قط؛ وكان من الواضح أنهم يختبرون ارتياحًا جسديًّا ونفسيًّا عميقًا عقب هذه السيناريوهات المتخيلة؛ فهل يمكن لهذه الفنية أن تغرس بصمات الأمان والراحة بجوار بصمات الرعب والهجر، بعد مرور عقود علىٰ التشكيل الأصلي للذهن والدماغ؟

ولافتتاني بالعمل الواعد الذي قام به بيسو، قبلت بشغفٍ دعوته لزيارة منزله الريفي في جنوب نيو هامبشاير، وبعد الغداء تحت شجرة بلوط عتيقة، طلب مني ألبرت الانضمام إليه في حظيرته الخشبية الحمراء، التي حوَّلها إلىٰ استوديو،

لإجراء الهياكل؛ وآنذاك كنت قد أمضيت بضع سنوات في التحليل النفسي، لذلك لم أتوقع أي مفاجآت كبيرة؛ إذ كنت رجلًا راسخًا في مهنتي، في الأربعينيات من عمري، أعيش مع أسرتي، وكنت أنظر لأبوَيّ بصفتهما شخصين مُسِنَّين يحاولان تهيئة شيخوخة لائقة لنفسيهما، ولم أكن أظن أبدًا أنه لا يزال لديهما تأثير كبير عليّ.

ونظرًا لعدم وجود أشخاص آخرين متاحين للعب الأدوار، بدأ ألبرت العملية بأن طلب مني اختيار جسم أو قطعة أثاث لتمثيل أبي؛ فاخترت أريكة جلدية سوداء ضخمة وطلبت من ألبرت أن يضعها علىٰ بعد ثمانية أقدام أمامي، إلىٰ اليسار بعض الشيء، ويحولها إلىٰ الوضع العمودي؛ ثم سألني ما إذا كنت راغبًا في إحضار أمي إلىٰ الغرفة كذلك، فاخترت فانوسًا ثقيلًا، بنفس ارتفاع الأريكة العمودية تقريبًا؛ ومع استمرار الجلسة أصبحت المساحة مليئة بالأشخاص المهمين في حياتي:

* أعز صديق لدي: علبة مناديل ورقية صغيرة علىٰ يميني.
* زوجتي: وسادة صغيرة بجانبه.
* طفلَايّ: وسادتان صغيرتان أخريان.

وبعد فترة من الوقت عاينت إسقاط مشهدي الداخلي: جسمان ضخمان، قاتمان، ومهدِّدان، يمثلان والدَيّ، ومجموعة أجسام صغيرة الحجم تمثل زوجتي وطفلي وأصدقائي؛ ولقد أذهلني ذلك؛ إذ كنت قد أعدت تكوين صورتي الداخلية لوالدَيّ الصارمين دينيًّا التي كانت لدي حين كنت صبيًّا صغيرًا، وشعرت بضيق في صدري، كما أنني متيقن من أن صوتي بدا أكثر ضيقًا؛ وهكذا عجزت عن إنكار ما كان يكشفه دماغي المكاني: لقد سمح لي الهيكل بتصور خريطتي الضمنية عن العالم.

عندما أخبرت ألبرت بما كنت قد اكتشفته لتوي، أومأ برأسه وسألني عما إذا كنت سأسمح له بتغيير منظوري، وحينئذ شعرت بعودة تشكُّكي، لكنني كنت أستملح ألبرت وكان لدي فضول بشأن أسلوبه، لذلك وافقت والتردد يكسوني؛

حينئذ تخلل بجسده مباشرة بيني وبين الأريكة والمصباح، مخفيًا إياهما عن ناظري، حينها شعرت فورًا بتحرر عميق في جسدي؛ وانحل ضيق صدري وصرت أتنفس باسترخاء؛ وكانت تلك هي اللحظة التي قررت فيها أن أصبح طالبًا لدىٰ بيسو٤.

إعادة هيكلة الخرائط الداخلية

إن إسقاط عالمك الداخلي في الفضاء ثلاثي الأبعاد الخاص بالهيكل يمكّنك من رؤية ما يجري في مسرح ذهنك ويمنحك منظورًا أكثر وضوحًا إزاء ردود فعلك تجاه أشخاص الماضي وأحداثه؛ فحين تضع عناصر نائبة للأشخاص المهمين في حياتك، قد تندهش من الذكريات، والأفكار، والعواطف غير المتوقعة التي تظهر؛ وبعد ذلك يمكنك تجربة تحريك القطع علىٰ رقعة الشطرنج الخارجية التي قد قمت بإنشائها ومعرفة تأثير ذلك عليك.

علىٰ الرغم من أن الهياكل تنطوي علىٰ حوار، إلا أن العلاج النفسي الحركي لا يشرح الماضي أو يفسره؛ وإنما يتيح لك الشعور بما شعرت به آنذاك، وتصور ما رأيته، وقول ما لم تستطع قوله حين الحدث الفعلي، وكأن بمقدورك العودة إلىٰ هذا المقطع من فيلم حياتك وإعادة كتابة المشاهد الحاسمة، حيث يمكنك توجيه لاعبي الأدوار للقيام بأمور فشل أولئك في القيام بها في الماضي، كمنع أبيك من ضرب أمك. وقد تستثير هذه اللوحات مشاعر قوية؛ فعلىٰ سبيل المثال، حين تقوم بوضع «أمك الحقيقية» في زاوية الغرفة، وهي ترتجف رعبًا، فقد تشعر بتوق عميق إلىٰ حمايتها وتدرك مدىٰ العجز الذي شعرت به في طفولتك؛ ولكن إذا قمت بعد ذلك بابتكار أم مثالية، تجابه والدك وتدرك كيف تتجنب الوقوع في شرك العلاقات المسيئة، فقد تختبر الحس الحشوي بالارتياح وزوال عبء الذنب والعجز القديمين؛ أو ربما تجابه الأخ الذي عاملك بوحشية في طفولتك ثم تبتكر أخًا مثاليًا يحميك ويصبح قدوتك.

وإن وظيفة المخرج/المعالج وأعضاء المجموعة الآخرين متمثلة في تزويد الأبطال بالدعم الذي يحتاجونه للتعمق في كل ما قد كانوا يخشون استكشافه

بمفردهم، فيسمح لك أمان المجموعة بملاحظة الأمور التي كنت تخفيها عن نفسك -وعادة ما تكون هي أشد ما يشعرك بالخزي. وعندما يزول اضطرارك للاختباء، يسمح لك الهيكل بوضع الخزي حيث ينتمي- علىٰ الأشكال الموجودة أمامك مباشرة التي تمثل من آذوك وأشعروك بالعجز في طفولتك.

والشعور بالأمان في الهيكل معناه اقتدارك علىٰ أن تقول لأبيك (أو بالأحرىٰ العنصر النائب الذي يمثله) كلامًا تتمنىٰ أن لو كنت قادرًا علىٰ قوله حين كنت في الخامسة من عمرك، كما يمكنك إخبار العنصر النائب عن أمك المكتئبة الخائفة عن الاستياء الفظيع الذي شعرت به لعجزك عن الاعتناء بها، كما تستطيع تجربة البعد والقرب واستكشاف ما يحدث عند تحريك العناصر النائبة. ولكونك مشاركًا فاعلًا، تتمكن من الانصهار في المشهد انصهارًا لا تستطيعه أثناء سرد القصة فحسب. وأثناء قيامك علىٰ تمثيل واقع خبرتك، يظل الشاهد مرافقًا لك، قائمًا بالعكس المرآتي للتغيرات الحادثة في وضعيتك، وتعبيراتك الوجهية، ونبرة صوتك.

ومن واقع خبرتي، فإن إعادة اختبار الماضي جسديًا في الحاضر ثم إعادة صياغته داخل «حاوية» آمنة وداعمة، يمكن لذلك أن يكون قويًا بما يكفي لخلق ذكريات جديدة تكميلية: خبرات مصطنعة بالمحاكاة متمثلة في الترعرع داخل بيئة متناغمة وودودة تكون فيها محميًا من الضرر. إن الهياكل لا تمحو الذكريات السيئة، ولا حتىٰ تُحَيِّدُها مثلما تفعل «إعادة المعالجة الذكروية»، وإنما تقدم خيارات جديدة طازجة؛ ذكرىٰ بديلة يتم فيها تلبية احتياجاتك البشرية الأساسية وإشباع توقك إلىٰ الحب والحماية.

مراجعة الماضي

دعوني أقدم مثالًا من ورشة عمل ارتأستها منذ زمن ليس ببعيد بـ «معهد إيسالن»[1] في منطقة «بيج سور» بكاليفورنيا:

(1) Esalen Institute.

كانت ماريا Maria امرأة فلبينية نحيلة ورياضية البنية في منتصف الأربعينيات من عمرها، كانت لطيفة ومتعاونة خلال اليومين الأولين، اللذَين كرسناهما لاستكشاف التأثير طويل المدىٰ للصدمة وتعليم فنيات التنظيم الذاتي؛ ولكن الآن حينما جلست علىٰ وسادتها علىٰ بعد ستة أقدام منّي، بدت خائفة ومنهارة، فتساءلتُ في نفسي عما إذا كانت قد تطوعت لدور بطلة الرواية في المقام الأول لإرضاء صديقتها التي رافقتها إلىٰ ورشة العمل.

ثم بدأت بتشجيعها علىٰ ملاحظة ما يعتمل بداخلها ومشاركة كل ما يخطر ببالها، وبعد صمت طويل قالت: «لا أستطيع حقًّا أن أشعر بأي شيء في جسدي، كما أن ذهني فارغ تمامًا»؛ ولأعكس صورة توترها الداخلي أجبتُ قائلًا: «يستطيع الشاهد رؤية مدىٰ قلقك من فراغ ذهنك وعدم شعورك بأي شيء بعدما تطوعت لإجراء الهيكل، فهل هذا صحيح؟» فأجابت: «أجل!» وبدا عليها بعض الارتياح.

تدخلُ «شخصيةُ الشاهد» الهيكلَ في بدايته وتأخذ دور ملاحِظٍ متقبِّل وغير حكمِيّ، يقترن ببطل الرواية عبر عكس صورة حالته الانفعالية والإشارة إلىٰ السياق الذي بزغت فيه تلك الحالة (كحين ذَكَرتُ «تطوع ماريا لإجراء الهيكل»)؛ وإن شعورك بالتصديق المستمد من شعورك بأنك مسموع ومرئي لهو شرط مسبق لشعورك بالأمان، الذي هو أمر بالغ الأهمية حين نستكشف أرض الصدمة والهجر المحفوفة بالمخاطر؛ ولقد أظهرَت إحدىٰ دراسات التصوير العصبي أن اللوزة اليمنىٰ تضيء لحظيًّا حين يسمع الناس بيانًا يعكس صورة حالتهم الداخلية، وكأنها تؤكد علىٰ دقة هذا الانعكاس.

شجعتُ ماريا علىٰ مواصلة التركيز علىٰ تنفسها -وهو أحد التدريبات التي كنا نمارسها سويًّا- وعلىٰ ملاحظة ما تشعر به في جسدها، وبعد صمت طويل آخر، شرعَت في الكلام والتردد يكسوها: «لدي دائمًا حس بالخوف في كل ما أفعله؛ وقد لا أبدو خائفة لكنني دائمًا ما أدفع نفسي رغمًا عنها، وأود القول أن من الصعب جدًّا عليّ التواجدَ هنا»؛ فعكستُ هذا قائلًا: «يمكن للشاهد أن يرىٰ مدىٰ شعورك بالتضايق من دفعك نفسك للتواجد هنا رغمًا عنها»، فأومأت

برأسها، وانتصب ظهرها بعض الشيء، مشيرًا إلىٰ شعورها بأنها مفهومة، ثم تابعَت: «ترعرعت ظانَّة أن عائلتي طبيعية، لكنني كنت أشعر طيلة الوقت بالخوف من أبي، كما لم أشعر قط بأنه راعٍ لي؛ ورغم أنه لم يضربني قط بنفس الشدة التي كان يضرب بها إخوتي، لكنني كان لدي حس سائد بالخوف»؛ حينئذ أشرتُ إلىٰ أن الشاهد يستطيع رؤية مدىٰ خوفها حين تحدثها عن والدها، ثم دعوتها لاختيار عضو في المجموعة لتمثيله.

تفحصت ماريا الغرفة ثم اختارت سكوت Scott، وهو منتج فيديو لطيف كان عضوًا مفعمًا بالحيوية والدعم بالمجموعة، فأعطيت سكوت السيناريو الخاص به: «أنضم بصفتي والدك الحقيقي، الذي كان يرعبك في صغرك»، ليقرأه قراءة جهرية (لاحظ أن هذا العمل ليس قضية ارتجال، وإنما قضية التمثيل الدقيق للحوار والتوجيهات التي يقدمها الشاهد والبطل)، ثم سألت ماريا أين ترغب في أن يتموضع والدها الحقيقي، فطلبَت من سكوت أن يقف علىٰ بعد حوالي اثني عشر قدمًا، علىٰ يمينها بعض الشيء، وألا يكون مواجها لها؛ وآنذاك كنا في بداية إنشاء اللوحة، وإنني في كل مرة أقود هيكلًا أنبهر من مدىٰ دقة الإسقاطات الخارجية للنصف المخي الأيمن؛ إذ دائمًا ما يكون أبطال الرواية علىٰ علم بالموضع الذي ينبغي أن تتواجد فيه الشخصيات المختلفة في هيكلهم؛ كما أندهش في كل مرة من أن العناصر النائبة التي تمثل الأشخاص المهمين في ماضي البطل سرعان ما تتبوأ واقعًا افتراضيًّا: إذ يبدو أن من ينضمون للمشهد يصيرون مطابقين للأشخاص الذين كان البطل مضطرًا للتعامل معهم آنذاك – ولم يكن هذا شعور البطل وحده، بل غالبًا ما شعر المشاركون الآخرون بذلك هم أيضًا.

شجعت ماريا علىٰ إلقاء نظرة متفحصة طويلة علىٰ والدها الحقيقي، وأثناء ما كانت تحملق إليه وهو واقف هناك، كنا نشهد علىٰ تبدل عواطفها بين الرعب وحس الرأفة العميق تجاهه؛ إذ تأملَت وهي تبكي في مدىٰ صعوبة الأحداث التي كان قد عاشها: أنه كان قد رأىٰ في طفولته -أثناء الحرب العالمية الثانية- أشخاصًا مقطوعي الرأس؛ وأنه كان قد أُجبر علىٰ أكل السمك الفاسد المليء

بالديدان. هذا وتعزز الهياكل أحد الشروط الأساسية للتغير العلاجي العميق: الحالة الشبيهة بالغيبة التي يمكن أن يتعايش فيها أكثرُ من واقعٍ جنبًا إلىٰ جنب، الماضي والحاضر؛ حيث تعلم أنك شخص راشد لكن تشعر بما شعرت به عندما كنت طفلًا؛ كما تعبر عن حنقك أو ارتعابك لشخص يشبه مسيئك في حين أنك تدرك تمامًا أنك تتحدث إلىٰ «سكوت»، الذي لا يشبه والدك الحقيقي بتاتًا؛ كما تختبر في الوقت نفسه المشاعر المعقدة المتألفة من الولاء، والحنان، والحنق، والشوق التي يشعر بها الأطفال مع والديهم.

عندما شرعت ماريا في التحدث عن علاقتهما حين كانت طفلة صغيرة، واصلتُ عكس تعابيرها، وقالت إن والدها كان يعامل والدتها بوحشية، وأنه كان ينتقدها بلا هوادة: ينتقد نظامها الغذائي، وجسدها، وتدبيرها لشؤون المنزل، وأنها لطالما كانت تخشىٰ علىٰ والدتها عندما كان يحط منها؛ كما وصفت ماريا والدتها بأنها ودودة ودافئة؛ وأن لولاها لما تمكنت من النجاة، إذ كانت تحضر دائمًا لتهدئة ماريا بعدما يثور غضب أبيها عليها، لكنها لم تفعل أي شيء لحماية أطفالها من حنق والدهم: «أعتقد أن أمي نفسها كانت تشعر بخوف كبير، ولدي حس بأنها لم تقم بحمايتنا لأنها كانت تشعر بأنها عالقة».

في هذه المرحلة، اقترحت أن الوقت قد حان لدعوة والدة ماريا الحقيقية إلىٰ الغرفة، فتفحصت ماريا المجموعة ثم ابتسمت ابتسامة مشرقة وهي تطلب من كريستين Kristin -وهي فنانة شقراء إسكندنافية المظهر- أن تلعب دور أمها الحقيقية، فقبلت كريستين قائلة الكلمات الرسمية في الهيكل: «أنضم بصفتي أمك الحقيقية، التي كانت دافئة وودودة، والتي لولاها لما تمكنتِ من النجاة لكنها فشلت في حمايتك من والدك المسيء»، ثم أجلسَتها ماريا علىٰ الوسادة التي علىٰ يمينها، لتكون أقرب بكثير من والدها الحقيقي.

شجعتُ ماريا علىٰ النظر إلىٰ كريستين ثم سألتُها: «إذن ماذا يحدث عندما تنظرين إليها؟» فقالت ماريا بغضب: «لا شيء»، فأشرت بقولي: «يستطيع الشاهد رؤية مدىٰ تيبسك وتصلبك وأنت تنظرين إلىٰ أمك الحقيقية وتقولين بغضبٍ إنك لا تشعرين بشيء»، وبعد صمت طويل، سألتُها مرة أخرىٰ: «إذن ماذا يحدث

الآن؟» فازداد قليلًا الانهيارُ الذي يكسو ماريا وكررَت: «لا شيء»، فسألتها: «هل ترغبين في قول شيء لأمك؟» وأخيرًا قالت ماريا: «أعلم أنك بذلتِ قصارىٰ جهدك»، ثم بعد لحظات: «كنت راغبة في أن تقومي بحمايتي»، وعندما أجهشت في البكاء الهادئ، سألتها: «ماذا يجول في داخلك؟» فقالت ماريا: «بوضع يدي علىٰ صدري أشعر بقلبي يخفق بشدة»، «أشعر بالشفقة علىٰ أمي؛ كم كانت عاجزة عن مُناهضة أبي وحمايتنا، لقد انطفأَت فحسب، متظاهرة أن كل شيء علىٰ ما يرام، بل ربما اعتقدَت أن الأمر كذلك، وهذا يغضبني بشدة اليوم؛ وأرغب في أن أقول لها: «أمي، عندما أراكِ تتفاعلين مع أبي حين يتصرف بوضاعة . . . حين أنظر لوجهك، أراكِ متقززة، ولا أعلم لماذا لا تقولين له: «اغرب عن وجهي»؛ أنت تجهلين كيفية المقاومة، أنت خصم هين، هناك جانب منك ليس علىٰ ما يرام وليس علىٰ قيد الحياة؛ ولا أعلم حتىٰ ما أرغب في أن تقوليه، لا أريد سوىٰ أن تصبحي مختلفة؛ كل ما تفعلينه غير صائب، كقبولك الأمر برمته وهو مجانب للصواب تمامًا»؛ حينئذ أشرتُ قائلًا: «يستطيع الشاهد أن يرىٰ مدىٰ شراستك وأنت ترغبين في أن تناهض أمك والدَك»؛ بعد ذلك تحدثت ماريا عن رغبتها في أن تهرب أمُّها مع الأطفال وتأخذهم بعيدًا عن أبيهم المرعِب.

بعد ذلك اقترحت انضمام عضوة أخرىٰ في المجموعة لتمثيل والدتها المثالية، فتفحصت ماريا الغرفة مرة أخرىٰ واختارت إلين Ellen -وهي معالجة نفسية ومدربة فنون قتالية-، ثم أجلستها ماريا علىٰ وسادة علىٰ يمينها، بينها وبين والدتها الحقيقية، ثم طلبَت من إلين أن تضمها بذراعها؛ وحينئذ سألتُها: «ما الذي ترغبين في أن تقوله أمك المثالية لأبيك؟»، فأجابت: «أرغب في أن تقول: «إذا كنت ستتحدث بهذا الأسلوب، لأفارقنَّك ولآخذنَّ الأطفال معي»، «لن نجلس هنا ونستمع إلىٰ هذا القرف»، فكررت إيلين كلمات ماريا؛ ثم سألتُها: «ماذا يحدث الآن؟» فردت ماريا: «يروق لي الأمر؛ لقد خف الضغط الذي كنت أشعر به في رأسي، وصرت أتنفس بحرية، كما أشعر الآن برقصة خفية مفعمة بالنشاط في جسدي، وأشعر بحلاوة الأمر»؛ فقلت لها: «يمكن للشاهد أن يرىٰ مدىٰ سرورك حين سماعك أمك تقول أنها لن تتقبل هذا القرف من والدك بعد

الآن، وأنها ستأخذك بعيدًا عنه»، فأجهشت ماريا بالبكاء وقالت: «كان يمكن أن أكون فتاة صغيرة تشعر بالأمان والسعادة»، وحينئذ لحظت بعيني بضعة أعضاء من المجموعة ينتحبون في صمت؛ وكان من الواضح أنهم أنفسهم كانوا مشتاقين إلىٰ هذا الترعرع الآمن والسعيد وقد عزفت عبارتها علىٰ وترهم الحساس.

وبعد هنيهة، اقترحتُ أن الوقت قد حان لاستدعاء والد ماريا المثالي، واستطعت رؤية السرور في عيني ماريا وهي تتفحص المجموعة، متخيلة والدها المثالي، وأخيرًا اختارت داني Danny، فأعطيته النص الخاص به، فقال لها بلطف: «أنضم بصفتي والدك المثالي، الذي كان سيحبك ويرعاك ولم يكن ليرعبك»؛ فوجهته ماريا إلىٰ أن يجلس بالقرب منها علىٰ يسارها ويبتسم مبتهجًا؛ وحينئذ هتفَت قائلة: «أمي وأبي السَوِيَّان!»، فأجبت بقولي: «اسمحي لنفسك بالشعور بتلك البهجة بالنظر إلىٰ بابا المثالي الذي كان سيرعاك»، فصاحت ماريا: «يا للجمال»، ولفَّت ذراعيها حول داني، مبتسمة له والدمع في عينيها: «أتذكر الآن لحظة شديدة المودة مع والدي، وذلك ما أشعر به الآن، وأود أن تكون أمي بجواري هي أيضًا»، فاستجاب كلا الوالدين المثاليين بحنانٍ واحتضناها، ثم تركتُهم هناك لبعض الوقت حتىٰ يتمكنوا من اسْتِبْطان الخبرة تمامًا.

ثم أنهينا العملية بقول داني: «لو كنتُ والدك المثالي آنذاك، لأحببتك هكذا ولم أكن لأرتكب تلك القسوة»، مع إضافة إيلين: «لو كنتُ أمك المثالية، لنافحت عنك وعن نفسي ولَقُمْتُ بحمياتك ولم أكن لأسمح بأن يلحق بك أي ضرر»؛ بعد ذلك قدمَت جميع الشخصيات إفادات نهائية، لينفصلوا عن الأدوار التي لعبوها، ويعودوا رسميًا إلىٰ كونهم أنفسهم.

إعادة كتابة سيناريو حياتك

لا أحد يترعرع في ظروف مثالية، وكأننا نعلم أصلًا ما هي الظروف المثالية؛ وكما قال صديقي الراحل ديفيد سيرفان شرايبر David Servan-Schreiber ذات مرة: كل حياة صعبة في هيئتها الخاصة؛ لكننا نعلم أنه كي تصير راشدًا واثقًا بنفسك ومقتدرًا، فمن المفيد للغاية أن تكون قد ترعرعت في كنف أبوين

مستقرين ومتوقَّعَين؛ أبوين كانا يبتهجان بك، وباكتشافاتك واستكشافاتك؛ أبوين كانا يساعدانك في تنظيم أنشطتك المختلفة؛ وكانا قدوة لك في رعاية الذات والتعايش مع الآخرين.

وإذا حدث خلل في أي من هذه الميادين فمن المرجح أن يتجلىٰ لاحقًا في الحياة: فمن المرجح أن الطفل الذي تعرض للتجاهل أو الإهانة المزمنة سيصير مفتقرًا إلىٰ احترام الذات، وأن الأطفال الذين لم يُسمح لهم بتوكيد الذات سيواجهون في مرحلة الرشد صعوبة في المنافحة عن أنفسهم والمطالبة بحقوقهم، وأن معظم الراشدين الذين تعرضوا لمعاملة وحشية في طفولتهم سيتواجد بداخلهم حنق مشتعل يحتاج إلىٰ طاقة هائلة لاحتوائه.

كما سيؤدي هذا إلىٰ تضعضع علاقاتنا بالآخرين أيضًا؛ إذ كلما زاد الألم والحرمان الذي نختبره في باكورة حياتنا، زادت احتمالية تفسيرنا لأفعال الآخرين علىٰ أنها موجهة ضدنا؛ كما قلَّ تفهّمُنا لصراعاتهم، وعدم اطمئنانهم، وهمومهم؛ وإذا لم نتمكن من تقدير مدىٰ تعقيد حياتهم فقد ننظر لأي شيء يفعلونه باعتباره تأكيدًا علىٰ أنهم سوف يؤذوننا ويخيبون أملنا.

في الفصول السابقة المتعلقة ببيولوجيا الصدمة، رأينا كيف أن الصدمة والهجر يفصلان الناس عن أجسادهم التي تمثل مصدر المتعة والراحة، بل التي هي جزء من ذاتهم يحتاج إلىٰ رعاية، وتغذية، وإرواء؛ وعندما نعجز عن التعويل علىٰ أجسادنا في الإشارة إلىٰ مواطن الأمن أو الخطر، بل نشعر بانسحاق مزمن من التقلبات الجسدية، فإننا نفقد القدرة علىٰ الشعور بالوطن في جسمنا، وبالتالي في العالم؛ وطالما كانت خريطة الناس عن العالم مستندة إلىٰ الصدمة، والانتهاك، والإهمال، فعلىٰ الأرجح أنهم سيبحثون عن طرائق مختصرة للسلوان والنسيان؛ ونظرًا لتوقعهم الرفض، والسخرية، والحرمان، فإنهم يعزفون عن تجربة خيارات جديدة، لاقتناعهم بأنها ستؤدي للفشل، وهذا الافتقار إلىٰ التجريب يحبس الناس في مصفوفة متألفة من الخوف، والعزلة، ونقص الموارد، حيث يستحيل الترحيب بالخبرات ذاتها التي يمكن أن تغير نظرتهم الأساسية للعالم.

هذا هو أحد الأسباب التي تجعل الخبرات المهيكلة جيدًا في العلاج النفسي الحركي ذات قيمة كبيرة؛ إذ يستطيع المشاركون إسقاط واقعهم الداخلي بأمانٍ في فضاء مليء بأشخاص حقيقيين، حيث يمكنهم استكشاف نشاذ الماضي وارتباكه، وهذا يؤدي إلىٰ اللحظات الجلية التي يقال فيها: «آها، الآن فهمت»: «أجل، هذا ما كان عليه الحال، هذا ما كنت مضطرة إلىٰ التعامل معه، وهذا ما كنت سأشعر به آنذاك لو أنهم غنجوني وهدهدوني»؛ وحينما تكتسب خبرة حسية -داخل حاوية الهيكل الشبيهة بحالة الغيبة- فحواها أنك كنت ثمينًا ومحميًّا في الثالثة من عمرك، حينئذ تتمكن من إعادة صياغة خبرتك الداخلية، كما في «يمكنني التفاعل عفويًّا مع الآخرين دون الخوف من التعرض للرفض أو الأذىٰ».

هذا وتسخِّر الهياكلُ قوة الخيال الاستثنائية لتحويل الروايات الداخلية التي تقود وظيفتنا في العالم وتحددها، ومع الدعم المناسب يمكن الكشف عن الأسرار التي كانت ذات يوم خطيرة جدًّا لدرجة استحالة البوح بها، ليس فقط للمعالج -الذي صار مشابهًا لقس الاعتراف في أيامنا الأخيرة هذه- بل أيضا في خيالنا، للأشخاص الذين آذونا وخانونا حقًّا.

إن طبيعة الهيكل ثلاثية الأبعاد تحول ما هو مخفي، ومُحَرَّم، ومُخاف إلىٰ واقع ملموس ومرئي. وهي في هذا شبيهة نسبيًّا بأسلوب «الأسرة الداخلية» -الذي استكشفناه في الفصل السابق- في استدعائه الأفراق المنقسمة التي نشأت في سبيل النجاة وفي تمكينه إياك من تحديدها والتحدث معها، مما يتيح بزوغ «ذاتك» السليمة؛ وفي المقابل، يخلق الهيكلُ صورةً ثلاثية الأبعاد لما ولمن اضطررت إلىٰ التعامل معه ويمنحك فرصة ابتكار نتيجة مختلفة.

يتردد معظم الناس بخصوص ولوج الآلام وخيبات الأمل الماضية، فهي لا تَعِدُهُم إلا باسترجاع ما لا يطاق، ولكن حين يعكس الآخرون صورتهم ويشهدون عليها، يبدأ واقع جديد في التبلور؛ حيث يبدو لهم العكس المرآتي الدقيق مختلفًا تمامًا عن التجاهل، والانتقاد، والتحقير؛ وذلك يمنحك الإذن للشعور بما تشعر به وعِلم ما تعلمه - وهو أحد الأسس الضرورية للتعافي.

تؤدي الصدمة إلىٰ بقاء الناس عالقين في تفسير الحاضر في ظل الماضي الذي لا يتغير، ورغم أن المشهد الذي تعيد تخليقه في الهيكل ربما يكون هو ما حدث بالضبط وربما لا يكون، إلا أنه يمثل هيكل عالمك الداخلي: خريطتك الداخلية والقواعد المستترة التي قد كنت تعيش بها.

الجرأة علىٰ التصريح بالحقيقة

قمت في الآونة الأخيرة بقيادة هيكل جماعي آخر لرجل في التاسعة والعشرين من العمر اسمه مارك Mark: حين كان مارك في عمر الثالثة عشر سمع بالصدفة والده يخوض مكالمة هاتفية جنسية مع خالته، فشعر مارك بالارتباك، والإحراج، والانجراح، والخيانة، والشلل من درايته بذلك، ولكن عندما حاول التحدث مع والده عن هذا الأمر قابله بالحنق والإنكار: قال له إن خياله قذر واتهمه بمحاولة تفريق الأسرة؛ كما لم يجرؤ مارك أبدًا علىٰ إخبار أمه، لكن منذ ذلك الحين وقد صار كل جانب من حياته الأسرية متلوثًا بالأسرار والنفاق، مما أورثه حسًّا متفشيًّا بأنه لا يمكن الوثوق بأحد؛ ثم صار منعزلًا في مرحلة المراهقة، التي قضاها في التسكع في ملاعب كرة السلة بالحي أو داخل غرفته في مشاهدة التلفاز؛ وحين صار في الحادية والعشرين من عمره ماتت أمه -من الحسرة وانفطار القلب، علىٰ حد تعبير مارك- وتزوج والده خالته؛ ولم يتلق مارك دعوة لحضور الجنازة أو الزفاف.

مثل هذه الأسرار تصبح سمومًا داخلية: حقائق ليس مسموحًا لك بالاعتراف بها لنفسك أو للآخرين، ولكنها رغم ذلك تصبح نموذجًا لحياتك؛ ومن الجدير بالذكر أنني لم أكن أعلم شيئًا عن هذا الماضي حين انضمام مارك إلىٰ المجموعة، لكننا لاحظنا البُعد الانفعالي الذي كان مصطبغًا به، كما أنه اعترف أثناء إعلان الأفراد حضورهم بأنه يشعر بوجود ضباب كثيف يفصله عن الجميع، ولقد شعرتُ بقلق شديد مما سينكشف بمجرد شروعنا في النظر لما وراء هيئته الخارجية المتجمدة والمتبلدة.

عندما دعوت مارك للتحدث عن أسرته، قال بضع كلمات ثم بدا أنه ازداد انطفاءً، لذا شجعته علىٰ أن يطلب «شخصية الاتصال» لتقوم بدعمه، فاختار عضوًا أبيض الشعر، ريتشارد Richard، ثم أجلسه علىٰ وسادة بجانبه، ملامسًا لكتفه؛ بعد ذلك حين بدأ مارك في رواية قصته أجلَس جو Joe علىٰ بعد عشرة أقدام أمامه بصفته أبيه الحقيقي، ثم طلب من كارولين Carolyn، التي تمثل أمه، أن تنكمش في زاوية الغرفة مخفية وجهها؛ وطلب مارك بعد ذلك من أماندا Amanda أن تلعب دور خالته، وأخبرها أن تقف بالهيئة العنادية الجانبية، مشبكة ذراعيها بموضع الصدر؛ نائبة عن جميع النساء الهمجيات، القاسيات، المراوغات اللائي يطاردن الرجال.

ثم حين تفحص مارك اللوحة التي ابتكرها، انتصب في جلسته وازداد انفتاح عينيه؛ من الواضح أن الضباب كان قد انقشع، وحينئذ قلت: «يستطيع الشاهد أن يرىٰ مدىٰ دهشتك من رؤيتك ما كنت مضطرًا إلىٰ التعامل معه»، فأومأ برأسه ممتنًا وظل صامتًا وحزينًا لبعض الوقت، ثم انفجر قائلًا، وهو ينظر إلىٰ «أبيه»: «أيها الوغد، أيها المنافق، لقد خربت حياتي»؛ حينئذ دعوت مارك إلىٰ إخبار «أبيه» بكل الأمور التي كان راغبًا في إخباره بها لكنه لم يستطع قط، فانبثقت قائمة طويلة من الاتهامات المتتابعة، وحينئذ وجهتُ «الأب» لأن يستجيب جسديًا كأنه يتعرض لِلَكَمَات وركلات، حتىٰ يتمكن مارك من رؤية ضرباته التي سددها، ولم أتفاجأ عندما قال مارك بعفوية إنه لطالما كان خائفًا من جموح حنقه وأن خوفه هذا قد منعه من المنافحة عن نفسه في المدرسة، والعمل، وفي العلاقات الأخرىٰ.

بعدما جابه مارك «أباه»، سألته عما إذا كان يود أن يتقلد ريتشارد دورًا جديدًا: دور والده المثالي، ثم طلبت من ريتشارد أن ينظر لمارك في عينيه مباشرة ويقول: «لو كنت والدك المثالي آنذاك، لاستمعت إليك وما اتهمتك بأنك ذو خيال قذر»، وعندما كرر ريتشارد هذا، بدأ مارك يرتجف وقال: «يا إلهي، لصارت الحياة مختلفة تمامًا لو أمكنني الوثوق بوالدي والتحدث عما يجري، لَكنت حَظَيْتُ بأب»؛ ثم طلبت من ريتشارد أن يقول: «لو كنت والدك المثالي

آنذاك، لرحَّبتُ بغضبك ولحظيتَ بأب تستطيع الوثوق به»، حينئذ بدا الاسترخاء واضحًا علىٰ مارك وقال إن ذلك كان سيحدث فرقًا كبيرًا في العالم.

ثم خاطب مارك رديفة خالته، وانتاب المجموعة ذهول واضح وهو يطلق عليها سيل الإيذاء الذي كان منحبسًا: «أيتها العاهرة الماكرة، أيتها الغادرة، لقد خنتِ أختك ودمرت حياتها، لقد دمرتِ أسرتنا». وبعدما انتهىٰ مارك من قول ما لديه أجهش بالبكاء، ثم قال إنه لطالما كان شكَّاكًا في أي امرأة تبدي اهتمامها به؛ لذا استغرقَت بقيةُ الهيكل نصفَ ساعة أخرىٰ، حيث قمنا بتهيئة الظروف له رويدًا رويدًا لابتكار امرأتين جديدتين: الخالة المثالية: التي لم تخن أختها بل ساعدت في دعم أسرتهم المهاجرة المعزولة؛ والأم المثالية: التي ظلت حائزة علىٰ اهتمام زوجها وإخلاصه ولم تمت من الحسرة وانفطار القلب؛ ثم أنهىٰ مارك الهيكل إنهاءً هادئًا بتفحص المشهد الذي أنشأه بابتسامة راضية علىٰ وجهه.

وخلال بقية الورشة صار مارك عضوًا منفتحًا وقيِّمًا في المجموعة، وبعد ثلاثة أشهر أرسل لي بريدًا إلكترونيًا يقول إن هذه الخبرة قد غيرت حياته؛ إذ كان قد انتقل في الآونة الأخيرة للعيش مع خليلته الأولىٰ، ورغم أنهما أجريا بعض المناقشات الحادة حول ترتيببات حياتهما الجديدة، إلا أنه كان قادرًا علىٰ استقبال وجهة نظرها دون أن ينتابه السكوت الدفاعي، أو يعود إلىٰ خوفه أو حنقه، أو يشعر أنها تحاول خداعه؛ كما اندهش من شعوره بأنه لا بأس في اختلافه معها ومن أنه اقتدر علىٰ الدفاع عن نفسه والمطالبة بحقوقه؛ ثم طلب مني اسم معالج في مجتمعه المحلي ليساعده في التغييرات الهائلة التي كان يجريها في حياته، ولحسن حظه أنني كان لدي زميل أستطيع إحالته إليه.

ترياقات الذكريات الأليمة

إن الهياكل في العلاج النفسي الحركي -علىٰ غرار دروس نموذج الحرابة التي ناقشتها في الفصل الثالث عشر- تؤَمِّن إمكانية تكوين ذكريات افتراضية تعيش جنبًا إلىٰ جنب مع حقائق الماضي المؤلمة وتوفر الخبرات الحسية التي تُشعر الشخص بأنه مرئي، ومحتَضَن، ومدعوم، خبرات يمكن أن تكون بمثابة ترياقات

لذكريات الجرح والخيانة. ولكي يتغير الناس فهم بحاجة إلىٰ الاعتياد الحشوي علىٰ أشكال الواقع المختلفة التي تتعارض تعارضًا مباشرًا مع المشاعر الراسخة التي تسكن الذات المصدومة، المتجمدة أو الهلوعة، واستبدالها بأحاسيس تضرب بجذورها في الأمان، والإحكام، والسرور، والاتصال. ولقد رأينا في الفصل الخاص بـ «إعادة المعالجة الذكروية» أن إحدىٰ وظائف الحلم تتمثل في إنشاء ترابطات تتشابك فيها أحداث اليوم المحبِطة مع بقية حياة المرء، ورغم أن هياكل العلاج النفسي الحركي لا تزال خاضعة لقوانين الفيزياء، علىٰ عكس أحلامنا، إلا أن بمقدورها هي أيضًا إعادة حياكة الماضي.

لا شك أننا لا نستطيع إزالة ما حدث، لكننا نستطيع ابتكار سيناريوهات انفعالية جديدة قوية وواقعية بما يكفي لنزع فتيل بعض السيناريوهات القديمة ومجابهتها؛ وهكذا توفر لوحاتُ الهيكل الاستشفائية خبرةً لم يعتقد مشاركون كثر أن من الممكن حدوثها لهم قط: الوجود في عالم يرحب الناس فيه بهم، ويبتهجون بوجودهم، ويحمونهم، ويلبون احتياجاتهم، ويشعرونهم أنهم في وطنهم وبيتهم.

الفصل التاسع عشر
إعادة تصميم الدوائر الدماغية
الارتجاع العصبي

هل تلك حقيقة -أم أنني حلمت- أن وسائل الكهرباء قد حولت عالم المادة إلىٰ عصب عظيم، تنتقل ذبذباته آلاف الأميال في غمضة عين؟

- ناثانيال هوثورن Nathaniel Hawthorne

إن خاصية استعادة المرء بإرادته انتباهَه الهائم، مرارًا وتكرارًا، لهي أصل الدينونة، والشميلة، والاختيار.

- وليام جيمس

في الصيف التالي لعامي الأول بكلية الطب، عملتُ مساعدًا بحثيًّا بدوام جزئي في مختبر النوم الخاص بإرنست هارتمان Ernest Hartmann بمستشفىٰ ولاية بوسطن، وكانت وظيفتي تجهيز المشاركين في الدراسة ومراقبتهم وتحليل مَوجات رسم المخ (مخطط كهربية الدماغ[1]) الخاصة بهم؛ فكان المبحوثون

(١) رسم المخ: Electroencephalogram (EEG) بدأ استخدام هذه التقنية الكهروفيزيولوجية بواسطة هانز برجر Berger عام ١٩٢٩م، ويعتمد رسم المخ علىٰ رصد النشاط الكهربائي للخلايا العصبية السطحية بالقشرة المخية عن طريق أقطاب توضع علىٰ فروة الرأس بنظام معين، بحيث = يلتقط كل منها إشارات منطقة معينة. وحالات الصرع Epilepsy هي من أهم الحالات التي يساعد هذا الفحص في تشخيصها. (ص).

يحضرون ليلًا، وكنت ألصق مجموعة من الأسلاك علىٰ فروة رأسهم ومجموعة أخرىٰ من الأقطاب الكهربائية حول أعينهم لتسجيل الحركات العينية السريعة التي تحدث أثناء الحلم؛ ثم أصطحبهم إلىٰ غرف نومهم، وأتمنىٰ لهم ليلة سعيدة، ثم أشغِّل «المخْطاط المتَعَدِّد»[1]، وهو جهاز ضخم مزوّد باثنين وثلاثين قَلَمًا ينقل نشاطهم الدماغي إلىٰ بكرة ورق.

ورغم أن المبحوثين كانوا يستغرقون في نوم عميق، إلا أن العصبونات في أدمغتهم لم تكن تكف عن تواصلاتها الداخلية المحمومة، التي كانت تُنقل إلىٰ المخْطاط طوال الليل؛ وهناك كنت أجلس ساكنًا لأتفحص مخططات الليلة السابقة، متوقفًا من حين لآخر لأستمع إلىٰ نتائج مباريات البيسبول علىٰ مذياعي، كما كنت أستخدم الهاتف الداخلي (الإنتركوم) لإيقاظ المبحوثين متىٰ ما أظهر المخْطاط دورة نوم ريمية؛ ثم أسألهم عما حلموا به وأدوّن ما يذكرونه، ثم أساعدهم في الصباح علىٰ ملء استبيان حول جودة النوم، ثم أرشدهم إلىٰ طريق الخروج.

تلك الليالي الهادئة في مختبر هارتمان قد وثَّقت قدرًا كبيرًا من المعلومات حول النوم الريمي وساهمت في تشييد الفهم الأساسي لعمليات النوم، مما مهد الطريق للاكتشافات الجوهرية التي ناقشتها في الفصل الخامس عشر، ورغم ذلك فإلىٰ وقت قريب كان الوسط العلمي لا يزال غافلًا إلىٰ حد كبير عن الأمل العتيق في أن يساعدنا رسم المخ علىٰ تحسين فهمنا لكيفية مساهمة النشاط الكهربي الدماغي في المشاكل النفسانية.

رسم الدوائر الكهربية الدماغية

قبل ظهور الثورة الدوائية، كان من المفهوم علىٰ نطاق واسع أن النشاط الدماغي معتمد علىٰ كل من الإشارات الكيميائية والكهربائية، ثم أدت الهيمنة

---

(1) polygraph.

اللاحقة للفارماكولوجيا إلىٰ القضاء شبه التام علىٰ الاهتمام بالفيزيولوجيا الكهربية[1] للدماغ لبضع عقود.

لقد قام الطبيب النفسي الألماني هانز بيرغر **Hans Berger** بإجراء أول تسجيل للنشاط الكهربائي الدماغي في عام ١٩٢٤م، وقد قابلت المؤسسات الطبية هذه التقنية الجديدة بالتشكيك والسخرية في بادئ الأمر، لكن رسم المخ صار شيئًا فشيئًا أداةً لا غنىٰ عنها في تشخيص نشاط النوبات لدىٰ مرضىٰ الصرع؛ كما اكتشف بيرغر أن الأنماط المختلفة للموجات الدماغية تعكس الصور المختلفة للنشاط الذهني (علىٰ سبيل المثال: أدت محاولة حل مسألة رياضية إلىٰ حدوث اتقادات ذات تردد متوسط السرعة تُعرف باسم بيتا beta)، وكان بيرغر يأمل في أن يقتدر العلم في نهاية المطاف علىٰ ربط المشكلات النفسانية المختلفة بشذوذات معينة في رسم المخ، ثم تم تعزيز هذا التوقع بالتقارير الأولىٰ عن أنماط تخطيط كهربية الدماغ لدىٰ «الأطفال ذوي المشاكل السلوكية» في عام ١٩٣٨م، حيث وجد الباحثون لدىٰ معظم هؤلاء الأطفال المتسمين بفرط النشاط والاندفاعية موجات أبطأ من المعتاد في الفص الجبهي، ومنذ ذلك الحين وقد تكررت هذه النتيجة عددًا لا يحصىٰ من المرات؛ وفي عام ٢٠١٣م اعتمدت «إدارةُ الغذاء والدواء» بطء النشاط الموجي أمام الجبهي بصفته واسمًا بيولوجيًّا لاضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه. وإن بطء النشاط الكهربائي في الفص الجبهي يفسر سبب ضعف الوظيفة التنفيذية لدىٰ هؤلاء الأطفال: يفتقر دماغهم العقلاني إلىٰ التحكم المناسب في دماغهم الانفعالية، وهو ما يحدث أيضًا عندما تؤدي الإساءة والصدمة إلىٰ جعل المراكز الانفعالية مفرطةَ اليقظة للخطر ومُهيَّئةً للقتال أو الفرار.

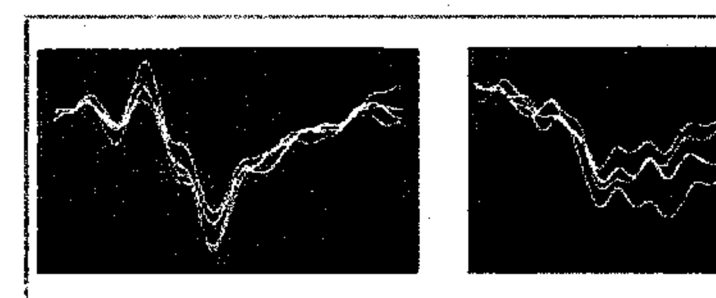
في باكورة مسيرتي المهنية، كنت آمل أنا أيضًا في أن يساعدنا رسم المخ علىٰ الوصول إلىٰ تشخيصات أدق، وبين عامي ١٩٨٠م و١٩٩٠م كنت أرسل

---

(١) الفيزيولوجيا الكهربائية electrophysiology: شعبة من علم الفيزيولوجيا، تبحث في العلاقة بين الكهرباء وبين النسج الحية، وتأثير الكهرباء علىٰ وظائف وتفاعلات الخلايا الحية. (المترجم).

العديد من مرضاي لإجراء رسم المخ لتحديد ما إذا كان تقلقلهم الانفعالي نابعًا من شذوذات عصبية، وعادة ما كانت تأتي التقارير بعبارة: «شذوذات لانَوْعِيّة في الفص الصدغي[1]»، لكن هذا لم يكن يزودني بفائدة تُذكَر؛ ونظرًا لأن الوسيلة الوحيدة التي كان بمقدورنا استخدامها آنذاك لتغيير هذه الأنماط الغامضة كانت هي العقاقير التي كانت آثارها الجانبية أكبر من منافعها، لهذا تخليت عن إجراءات رسم المخ الروتينية لمرضاي.

ثم في عام ٢٠٠٠م قامت دراسة أجراها صديقي ألكسندر ماكفارلين ورفاقه (باحثون من مدينة أديلايد، أستراليا) بإعادة إشعال اهتمامي، حيث وثَّقت وجود اختلافات واضحة في معالجة المعلومات بين مبحوثين مصدومين ومجموعة من الأستراليين «الطبيعيين»، وقد استخدم الباحثون اختبارًا معياريًّا يسمىٰ «نموذج الكرة الغريبة[2]»، حيث يُطلب من المبحوثين اكتشاف العنصر غير الملائم في سلسلة من الصور المرتبطة (كالبوق وسط مجموعة من الطاولات والكراسي)، ولم تكن أي من الصور مرتبطة بالصدمة.



الطبيعي مقابل اضطراب الكرب التالي للصدمة: أنماط الانتباه: بعد مرور عدد من الملي ثانية على تقديم أحد المدخلات للدماغ، يبدأ في تنظيم معنى المعلومات الواردة، وعادة ما تعمل جميع المناطق الدماغية في نمط متزامن (الصورة اليسرى)، لكن الموجات الدماغية في اضطراب الكرب التالي للصدمة تكون أقل تناسقًا، فيلاقي الدماغ صعوبة في فلترة غير ذات الصلة، ويواجه مشاكل في الاهتمام بالمنبه المطروح.

(1) nonspecific temporal lobe abnormalities.

(2) the oddball paradigm.

في المجموعة «الطبيعية»، عملت الأجزاء الدماغية الرئيسية جنبًا إلىٰ جنب لإنتاج نمط متسق من الفلترة، والتركيز، والتحليل (انظر الصورة اليسرىٰ أعلاه)، وعلىٰ النقيض من ذلك كانت الموجات الدماغية للمبحوثين المصدومين أقل تناسقًا وفشلت في التجمع لإنتاج نمط متماسك. وعلىٰ وجه التحديد: لم تولِّد الأجزاءُ نمطَ الموجات الدماغية الذي يساعد الناس علىٰ الانتباه للمهمة المطروحة عبر فلترة المعلومات غير ذات الصلة (المنحنىٰ الصاعد)، وبالإضافة إلىٰ ذلك، فقد كان التَشَكُّل الجوهري الذي يمثل معالجة المعلومات في الدماغ (أقصىٰ انخفاض) غير واضح؛ حيث أن عمق الموجة يحدد مدىٰ قدرتنا علىٰ استيعاب البيانات الجديدة وتحليلها. ولقد كانت هذه معلومات جديدة هامة حول كيفية معالجة المصدومين للمعلومات غير الصدمية وما لذلك من آثار عميقة علىٰ فهمنا للمعالجة اليومية للمعلومات، ويمكن لأنماط الموجات الدماغية هذه أن تفسر لماذا يلاقي كثير من المصدومين صعوبة في التعلم من الخبرات والانخراط التام في حياتهم اليومية؛ وذلك أن دماغهم ليس مُهيَّئًا لإيلاء الانتباه الدقيق لما يجري في الحاضر.

لقد ذكرتني دراسة ألكسندر ماكفارلين بما قاله بيير جانيه عام ١٨٨٩م: «الكرب الصدمي هو مرض العجز عن المحيا التام في الحاضر»، وبعد سنوات عندما شاهدت فيلم «ذا هيرت لوكر» **The Hurt Locker**، الذي تناول خبرات الجنود في العراق، تذكرت تلقائيًّا دراسة ألكسندر: حين كان هؤلاء الرجال يتعاملون مع الكرب البالغ، كانوا يؤدون أعمالهم بأقصىٰ تركيز؛ لكن حين عادوا إلىٰ الحياة المدنية، كانوا ينسحقون عند القيام باختيارات بسيطة داخل السوبر ماركت؛ كما نشهد الآن إحصاءات مثيرة للقلق حول عدد المحاربين القدامىٰ الذين يلتحقون بالجامعة علىٰ نفقة «فاتورة المحاربين» ثم لا يواصلون الدراسة للنهاية (بعض الإحصاءات تتخطىٰ ٨٠ بالمائة)، وإن مشاكلهم -الموثَّقة جيدًا- التي يواجهونها في التركيز والانتباه تساهم بالتأكيد في هذه النتائج السيئة.

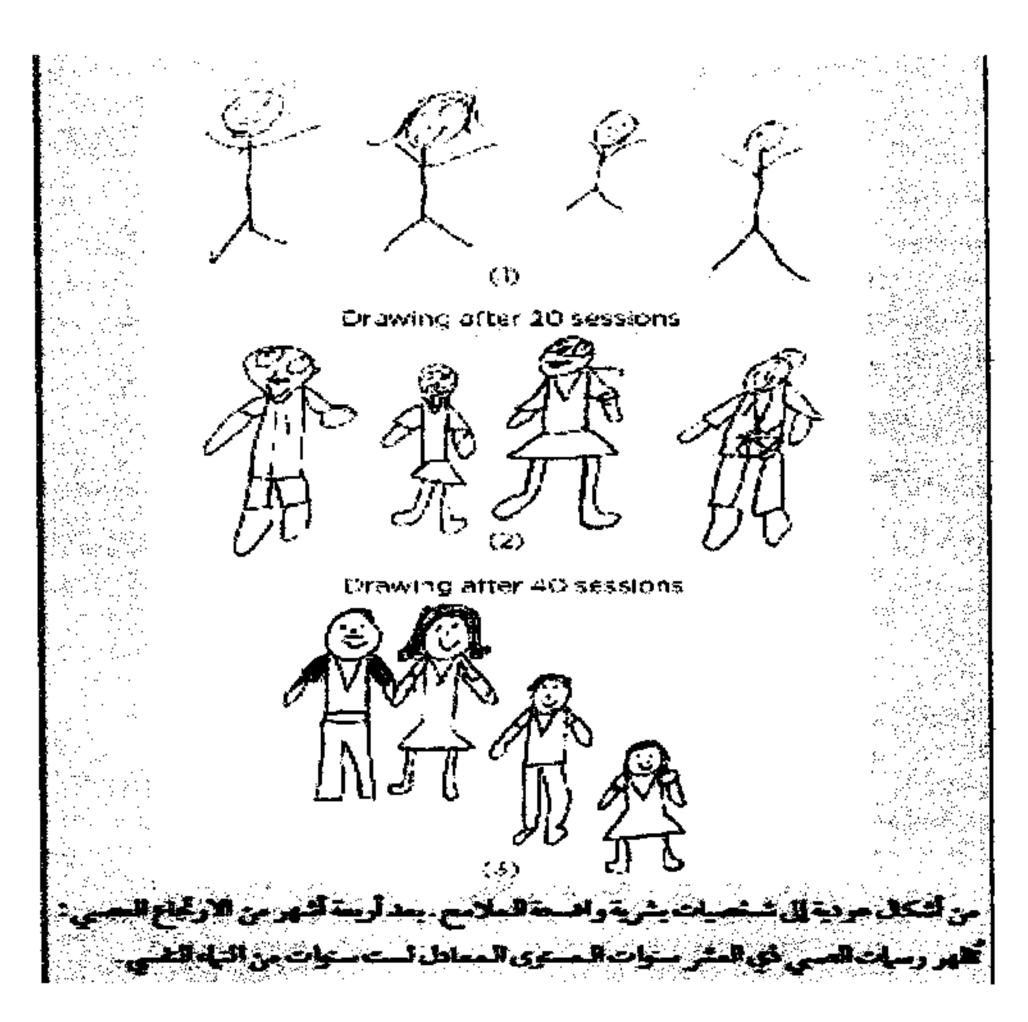
لقد أوضحت دراسة ماكفارلين ميكانيزمًا محتملًا لضعف التركيز والانتباه في اضطراب الكرب التالي للصدمة، لكنها قدمت أيضًا تحديًا جديدًا تمامًا: هل

هناك من وسيلة لتغيير أنماط الموجات الدماغية المختلة هذه؟ وقد مرت سبع سنوات قبل أن أعلم باحتمال وجود وسائل للقيام بذلك.

في عام ٢٠٠٧م قابلت سيبرن فيشر **Sebern Fisher** في مؤتمر حول الأطفال ذوي التعلق المضطرب، وكانت سيبرن مديرة إكلينيكية سابقة لمركز علاج إقامي للمراهقين شديدي الاضطراب، وأخبرتني أنها قد كانت تستخدم الارتجاع العصبي في عيادتها الخاصة منذ عشر سنوات تقريبًا، ثم أرتني صورًا رسمها طفل في العاشرة من العمر قبل الإجراء وبعده، ولقد كان هذا الصبي يعاني من ثورات مزاج شديدة، وإعاقات تعلم، وصعوبات عامة في التهيئة الذاتية لدرجة عجز المدرسة عن التعامل معه٣.

كانت لوحته العائلية الأولىٰ (أعلىٰ الصورة التالية) -التي رسمها قبل بدء العلاج- في المستوىٰ النمائي للطفل البالغ من العمر ثلاث سنوات، لكن بعد أقل من خمسة أسابيع، وبالتحديد بعد عشرين جلسة من الارتجاع العصبي، انخفض معدل ثورات مزاجه وأظهر رسمه تحسنًا ملحوظًا في التعقيد؛ وبعد عشرة أسابيع وعشرين جلسة أخرىٰ، وثب رسمه وثبة أخرىٰ نحو التعقيد كما عاد سلوكه إلىٰ الأنماط الطبيعية.

آنذاك لم أكن قد صادفت في حياتي علاجًا يستطيع في زمن وجيز إحداث تغيير دراماتيكي كهذا في الوظيفية النفسية، لذا عندما عرضت سيبرن عليّ أن تمنحني شرحًا للارتجاع العصبي، قبلت عرضها بتلهف.



من أشكال عودية إلى شخصيات بشرية واضحة الملامح بعد أربعة أشهر من الارتجاع العصبي: تطور رسومات الصبي ذي العشر سنوات المعاني لست سنوات من التيه الطفلي

مشاهدة سمفونية الدماغ

في عيادة سيبرن بمدينة نورثهامبتون، ماساتشوستس، أطلعتني علىٰ معدات الارتجاع العصبي -حاسوبين مكتبيين ومُضَخِّم كهربي صغير- وبعض البيانات التي كانت قد جمعتها، ثم ألصقت قطبًا كهربائيًّا بكل جانب من جانبي جمجمتي وثالثًا بأذني اليمنىٰ؛ وسرعان ما عرض الحاسوب الذي أمامي صفوفًا من الموجات الدماغية كتلك التي كنت أراها في مخطاط مختبر النوم قبل ثلاثة عقود من الزمان، ولقد تعجبت من أن هذا الحاسوب المحمول الصغير الخاص بسبيرن قد استطاع رصد سيمفونية دماغي الكهربائية، وتسجيلها، وعرضها بشكل أسرع وأدق من معدات مختبر هارتمان التي كان ثمنها قد بلغ علىٰ الأرجح مليون دولار.

وعلىٰ حد إيضاح سيبرن: تمنح التغذيةُ الراجعةُ الدماغَ مرآةً يرىٰ فيها وظائفه: التذبذبات والإيقاعات التي تشكل أساس تيارات الذهن المختلفة والمتضادة؛ ثم يدفع الارتجاعُ العصبي الدماغَ إلىٰ زيادة بعض الترددات وتقليل بعضها الآخر، مما يخلق أنماطًا جديدة تعزز تعقيدَه الطبيعي وتَحَيُّزَه نحو التنظيم الذاتي٤؛ كما قالت لي: «وبالتالي قد يكون هذا محررًا لخصائص تذبذبية فطرية موجودة في الدماغ ولكنها عالقة، مما يسمح بنشأة خصائص جديدة».

قامت سيبرن بتعديل بعض الإعدادات، وعلىٰ حد قولها: «التعيين الثواب وتثبيط الترددات»، بحيث يعزز الارتجاع الأنماط الموجية المختارة وفي نفس الوقت يخمد الأخرىٰ؛ حينئذ وجدْتُني أنظر إلىٰ شيء يشبه لعبة فيديو تعرض ثلاث سفن فضائية مختلفة الألوان، ولاحظت أن الحاسوب يصدر نغمات غير منتظمة فتتحرك السفن الفضائية حركة عشوائية تمامًا، ثم اكتشفت أن السفن تتوقف حين ترمش عيناي بإرادتي، وأنني حين أحملق بهدوء إلىٰ الشاشة تتحرك بموازاة بعضها، مصحوبة بتصفيرات منتظمة. ثم شجعتني سيبرن علىٰ دفع السفينة الخضراء إلىٰ التقدم علىٰ الأُخْرَيَيْن، فانحنيت للأمام للتركيز، لكن كلما كنت أجتهد في المحاولة، كانت السفينة الخضراء تتقهقر؛ فابتسمَت وأخبرتني أن أدائي سيتحسن جدًّا لو استرخيتُ فحسب وسمحتُ لذهني باستيعاب الارتجاع المنبعث من الحاسوب، فاسترخيت، وبعد هنيهة بدأت النغمات في التنامي الثابت وشرعت السفينة الخضراء في التقدم علىٰ الأُخْرَيَيْن؛ وحينها كنت أشعر بالهدوء والتركيز، وكانت سفينتي تحقق الفوز.

إن الارتجاعَ العصبي -من بعض الأوجه- مشابه لمراقبة وجه شخص أثناء الحديث؛ فإذا رأيت ابتسامات أو إيماءات طفيفة، يتترجم ذلك علىٰ أنه ثواب، فتواصل سرد قصتك أو توضيح وجهة نظرك؛ ولكن إذا بدا التململ في أي لحظة علىٰ شريكة الحديث أو إذا صرفت بصرها، فحينئذ ستشرع في اختتام الموضوع أو تغييره؛ وكذلك في الارتجاع العصبي، يكون الثواب عبارة عن نغمة أو حركة علىٰ الشاشة بدلًا من الابتسامة، لكن التثبيط يكون أكثر حيادية بكثير من العبوس؛ إذ يكون مجرد نمط غير مرغوب.

ثم قدمت سيبرن ميزة أخرىٰ للارتجاع العصبي: قدرته علىٰ تتبع الدوائر الكهربية في أجزاء دماغية معينة، حيث قامت بنقل الأقطاب الكهربائية من صدغَي إلىٰ حاجبي الأيسر، وحينئذ بدأت أشعر بالانتباه والتركيز، فأخبرَتني أنها كانت تثيب موجات بيتا في قشرتي الجبهية، والتي كانت مسؤولة عن يقظتي؛ ثم حين حركت الأقطاب الكهربائية إلىٰ هامة رأسي، شعرت بزيادة انفكاكي عن صور الحاسوب وبزيادة وعيي بالأحاسيس في جسدي؛ بعد ذلك أرتني مُخطّطًا موجزًا سجّل كيف تغيرت موجات دماغي حين اختبرت التغيرات الطفيفة في حالتي النفسية وأحاسيسي الجسدية.

إذن كيف يمكن استخدام الارتجاع العصبي للمساعدة في علاج الصدمات؟ كما أوضحت سيبرن: «بمساعدة الارتجاع العصبي، نأمل أن نعترض الدوائر التي تعزز حالات الخوف، وسِمات الرهبة، والخزي، والحنق وتستديمها؛ فإنما تُعرَّف الصدمة من الاتقاد المتكرر لهذه الدوائر»؛ إذ أن المرضىٰ بحاجة إلىٰ عونٍ لتغيير الأنماط الدماغية المعتادة الناتجة عن الصدمة وتبعاتها، وعندما تسترخي أنماط الخوف، يصبح الدماغ أقل عرضة لردود الفعل الكربية التلقائية ويكتسب قدرة أكبر علىٰ التركيز علىٰ الأحداث العادية. فرغم كل شيء، فالكرب ليس خاصية جوهرية في الأحداث نفسها؛ وإنما هو تابع لكيفية وسمنا لها وتفاعلنا معها. وهكذا يعمل الارتجاع العصبي علىٰ استقرار الدماغ وزيادة مرونته، مما يتيح لنا ابتكار خيارات أكثر في كيفية الاستجابة.

ولادة الارتجاع العصبي

لم يكن الارتجاع العصبي تقنية حديثة في عام ٢٠٠٧م، ففي أواخر خمسينيات القرن الماضي اكتشف أستاذ علم النفس بجامعة شيكاغو، جو كاميا Joe Kamiya، الذي كان يدرس ظاهرة الإدراك الداخلي، أن الناس بمقدورهم أن يتعلموا بواسطة الارتجاع العصبي كيفيةَ معرفة متىٰ تنتج أدمغتهم موجات ألفا alpha، وهي الموجات المرتبطة بالاسترخاء (ولم يستغرق الأمر من بعض

الأشخاص سوىٰ أربعة أيام للوصول إلىٰ دقة ١٠٠٪)، كما أوضح أن بمقدورهم أيضًا الدخول إراديًا في حالة ألفا استجابةً لإشارة صوتية بسيطة.

وفي عام ١٩٦٨م نُشر مقال عن عمل كاميا في المجلة المشهورة «سايكولوجي توداي» Psychology Today، وأصبحت الفكرة القائلة بأن تدريب ألفا يستطيع تخفيف الكرب والظروف المرتبطة بالكرب، أصبحت فكرةً معروفة علىٰ نطاق واسع٥؛ لكن أول عمل علمي يُظهر أن الارتجاع العصبي يمكن أن يكون له تأثير علىٰ الحالات المرضية قام به باري ستيرمان Barry Sterman من جامعة كاليفورنيا لوس أنجلوس؛ إذ طلبت منه «وكالة ناسا» أن يدرس سمية وقود الصواريخ، أحادي ميثيل هيدرازين (MMH)، الذي كان مشهورًا بإحداث الهلاوس، والغثيان، والنوبات الصرعية؛ وكان ستيرمان قد درَّب سابقًا بعض القطط علىٰ إنتاج تردد معين من تخطيط كهربية الدماغ يعرف بالإيقاع الحسي الحركي (عند القطط ترتبط حالة اليقظة والتركيز هذه بانتظار الإطعام)، ثم اكتشف أنه في حين أن قطط المختبر العادية أصيبت بنوبات صرع بعد تعرضها لأحادي ميثيل هيدرازين، إلا أن القطط التي تلقت الارتجاع العصبي لم يحدث لها ذلك؛ وبهذا فقد أدىٰ التدريب بطريقة ما إلىٰ استقرار أدمغتهم.

في عام ١٩٧١م أوصل ستيرمان مبحوثه البشري الأول، ماري فيربانكس Mary Fairbanks البالغة من العمر ٢٣ عامًا، بجهاز الارتجاع العصبي، وكانت تعاني من الصرع منذ سن الثامنة، حيث كانت تصاب بالنوبات الكبيرة[1] مرتين أو أكثر شهريًا؛ ثم تدربت بمعدل ساعة في اليوم مرتين في الأسبوع، وبعد انقضاء ثلاثة أشهر، انعدمت النوبات فعليًا؛ بعد ذلك تلقىٰ ستيرمان منحة من «المعاهد الوطنية للصحة» لإجراء دراسة أكثر منهجية، وتم نشر النتائج المبهرة في مجلة «إبيلبسيا» Epilepsia في عام ١٩٧٨م٦.

لكن هذه الفترة المتسمة بالتجريب والتفاؤل الهائل تجاه إمكانات العقل البشري لاقت حتفها في منتصف السبعينيات مع الاكتشاف الحديث للعقاقير

---

(1) grand mal seizures.

النفسانية، حيث تبنىٰ الطب النفسي وعلم الدماغ نموذجًا كيميائيًّا للذهن والدماغ، وصارت المقاربات العلاجية الأخرىٰ في مؤخرة الاهتمامات.

ومنذ ذلك الحين ظل مجال الارتجاع العصبي ينمو نموًا متقطعًا، وقد جرىٰ القدر الأكبر من التأسيس العلمي في أوروبا، وروسيا، وأستراليا؛ وعلىٰ الرغم من وجود حوالي عشرة آلاف من ممارسي الارتجاع العصبي في الولايات المتحدة، إلا أن هذه الممارسة لم تتمكن من حشد التمويل البحثي اللازم لاكتساب قبول واسع النطاق، وقد يكون أحد الأسباب وراء ذلك هو وجود العديد من أنظمة الارتجاع العصبي المتنافسة؛ وسبب آخر هو أن الإمكانات التجارية محدودة؛ إذ لا يغطي التأمين سوىٰ عدد قليل من التطبيقات، مما يجعل الارتجاع العصبي مكلفًا للمستهلكين ويمنع الممارسين من حشد الموارد اللازمة لإجراء دراسات واسعة النطاق.

من ملجأ المتشرّدين إلىٰ قسم التمريض

رتبت لي سيبرن للتحدث مع ثلاثة من مرضاها، وقد روىٰ الجميع قصصًا رائعة، لكنني حين استمعت إلىٰ ليزا Lisa البالغة من العمر سبعة وعشرين عامًا، والتي كانت تدرس التمريض في كلية مجاورة، شعرت بصحوة حقيقية داخل نفسي تجاه الإمكانات المذهلة لهذا العلاج؛ فلقد كانت ليزا تمتلك أكبر عامل مرونة يمكن أن يمتلكه البشر: كانت شخصًا جذابًا؛ متسمة بالانخراط، والفضول، ووضوح الذكاء، كما كان تُجري اتصالًا عينيًّا رائعًا، وكانت حريصة علىٰ مشاركة ما تعلمته عن نفسها. والأفضل من ذلك كله هو أنها -كما العديد من الناجين الذين عرفتهم- كان لديها حس دعابة ساخر ومقاربة لذيذة لحماقة الإنسان.

وبناءً علىٰ ما أعرفه عن خلفيتها فقد كان هدوؤها ورزانتها الشديدان أشبه بالمعجزة؛ إذ كانت قد أمضت سنوات عديدة في المساكن الجماعية والمستشفيات النفسانية، كما كانت زائرة مألوفة لغرف الطوارئ في غرب ماساتشوستس؛ الفتاة التي تأتي من حين لآخر في سيارة الإسعاف، شبه ميتة من

تناول جرعات زائدة من الأدوية المُجَدْوَلَة، أو ملطخة بالدم من الجروح التي ألحقتها بنفسها.

وإليكم كيف بدأت قصتها: «كنت أغبط الأطفال الذين يعرفون ماذا سيحدث حين يسكر آباؤهم؛ إذ كان بمقدورهم علىٰ الأقل توقع الخراب، وذلك لأنه لم يكن هناك نمط معهود في بيتي؛ إذ كانت أمي تنفجر غضبًا من أي شيء -تناول العشاء، أو مشاهدة التلفاز، أو العودة من المدرسة إلىٰ البيت، ارتداء الملابس- ولم أستطع قط معرفة ما سوف تفعله أو كيف ستؤذيني. لقد كان الأمر شديد العشوائية».

كان والد ليزا قد هجر الأسرة عندما كانت في الثالثة من عمرها، تاركًا إياها تحت رحمة والدتها الذُّهانية، وإن كلمة «التعذيب» ليست قوية بما يكفي لوصف الإساءات التي كابدتها ليزا، فلقد قالت لي: «لقد عشت حياتي في غرفة العُلِّيَّة، وكانت هناك غرفة مجاورة أذهب إليها وأتبول علىٰ السجادة لأنني كنت مرعوبة من النزول إلىٰ الحمام في الطابق السفلي؛ كما كنت أنزع كل الملابس من الدُّمَىٰ الخاصة بي وأُولج فيها أقلام الرصاص وأعلقها في نافذتي». وعندما صارت ليزا في الثانية عشرة من عمرها، هربت من المنزل، فالتقطتها الشرطة وأعادتها، وبعد هروبها مجددًا تدخلت خدمات حماية الطفل، فأمضت السنوات الست التالية داخل المستشفيات النفسانية، والملاجئ، والمساكن الجماعية، وعائلات التبني، وفي الشارع. لكن لم يدم مكوث ليزا في أي موضع، وذلك لأنها كانت شديدة التفارق وتدمير الذات بحيث كانت ترعب مقدمي الرعاية لها؛ إذ كانت تهاجم نفسها أو تدمر الأثاث وبعد ذلك تنسىٰ ما فعلته، مما أكسبها سمعة الكذابة المخادعة. لكن ليزا حين استعرضت ماضيها أخبرتني أنها كانت ببساطةٍ مفتقرة إلىٰ اللغة اللازمة لتوصيل ما يجول في نفسها.

حين بلغتْ الثامنة عشر من العمر كانت قد «بلغت النضج المخْرِج» من خدمات حماية الطفل، فابتدأت حياة مستقلة، حياة بلا أسرة، أو تعليم، أو مال، أو مهارات؛ ولكن بعد فترة وجيزة من خروجها قابلت سيبرن، التي كانت قد حصلت للتو علىٰ أول جهاز ارتجاع عصبي لديها وكانت تتذكر ليزا من مركز

العلاج الإقامي الذي كانت تعمل فيه سابقًا، وأنها لطالما شعرت بحُنُوٍّ علىٰ هذه الفتاة التائهة، لذا قامت بدعوة ليزا إلىٰ تجربة أجهزتها الجديدة.

وعلىٰ حد استرجاع سيبرن ما حدث: «عندما جاءت ليزا لرؤيتي لأول مرة، كانت تتجول بنظرات محملقة شاردة الذهن أينما ذهبت»؛ لكن كل أشكال العلاج الكلامي كانت مستحيلة في حالة ليزا؛ فكلما كانت سيبرن تسألها عن شيء مكرب، كانت تنطفئ أو ينتابها الهلع، وعلىٰ حد قول ليزا: «في كل مرة حاولنا فيها التحدث عما حدث لي أثناء ترعرعي، كنت أصاب بالانهيار؛-وبعدها أستيقظ من نومي لأتفاجأ بجروح وحروق؛ كما كنت عاجزة عن الأكل، بل كنت عاجزة عن النوم أيضًا».

كما كان حسها بالرعب ملقيًا ظلاله في كل مكان: كنت خائفة طوال الوقت، وكنت أنفر من لمس الآخرين لي، كما كنت حادة وعصبية علىٰ الدوام؛ بل لم أكن أستطيع إغماض عيني إذا كان هناك شخص آخر بالجوار؛ فلم يكن هناك ما يقنعني بأنه لن يضربني أحد لحظة إغماضي عيني، وهذا كفيل بإشعارك بالجنون؛ إذ تعلم أنك في غرفة برفقة شخص تثق به، وتعلم في عقلك أنك لن تصاب بشيء، لكنك لا تستطيع الاسترخاء أبدًا في باقي جسمك؛ وإذا حدث لف أحدهم ذراعه حولي، كنت تلقائيًا أنظر لذلك من الزاوية الجنسية». وهكذا فقد كانت عالقة في حالة الصعق الذي لا مفر منه.

لقد استرجعت ليزا أنها كانت متفارقة عندما كانت طفلة صغيرة، لكن الأمور ساءت بعد دخولها مرحلة البلوغ: «بدأت أستيقظ لأجد جروحًا بجسدي، وكان الناس في المدرسة ينعتونني بأسماء مختلفة، كما لم أستطع أن أحظىٰ بخليل ثابت لأنني كنت أواعد شبابًا آخرين حين يصيبني التفارق ثم أنسىٰ ذلك؛ كما كان ينتابني الإغماء كثيرًا وحين أفتح عيني أجدني في مواقف شديدة الغرابة»؛ كما كانت ليزا -كالعديد من المصابين بصدمات شديدة- عاجزة عن تمييز نفسها في المرآة٧، وآنذاك لم أكن قد سمعت في حياتي أحدًا يصف فقدان الحس بـ«الذات» بمثل هذه الوضوح.

لم يكن هناك أحد يؤكد علىٰ واقعها: «حين كنت في السابعة عشر من عمري، كنت أعيش في مسكن جماعي للمراهقين شديدي الاضطراب، وذات يوم جرحت نفسي جرحًا شديدًا بغطاء علبة معدنية، فأخذوني إلىٰ غرفة الطوارئ، لكنني لم أستطع إخبار الطبيب بما كنت قد فعلته لجرح نفسي؛ إذ لم يكن لدي أي ذكرىٰ عن ذلك، وكان طبيب غرفة الطوارئ مقتنعًا بأن «اضطراب الهوية التفارقي» لا وجود له . . . . يخبرك العديد من العاملين بميدان الصحة النفسية أنه غير موجود؛ ليس أنك غير مصاب به، وإنما لأنه لا وجود له من الأساس».

كان أول شيء فعلته ليزا بعد بلوغها نهاية برنامج علاجها الإقامي هو التوقف عن تناول الأدوية، واعترفت قائلة: «ما فعلته لا يصلح للجميع، لكنه اتضح لاحقًا أنه الاختيار الصائب من الناحية الشخصية؛ وإنني أعرف أشخاصًا الأدوية ضرورية لهم، لكن هذا لم يكن حالي؛ إذ بعد توقفي عن تناول الأدوية وشروعي في الارتجاع العصبي، أصبح ذهني أكثر صفاءً».

حين دعت سيبرن ليزا لإجراء الارتجاع العصبي، لم يكن لدىٰ سيبرن أدنىٰ فكرة عما يمكن توقعه، إذ كانت ليزا أول مريضة تفارقية تجربه عليها؛ ثم بدأتا بإثابة الأنماط الدماغية الأكثر تماسكًا في الفص الصدغي الأيمن، وهو مركز الخوف في الدماغ، وكانتا تلتقيان مرتين في الأسبوع؛ وبعد بضعة أسابيع لاحظت ليزا انخفاض توترها وسط الناس عن ذي قبل، وأنها لم تعد تخشىٰ غرفة الغسيل الموجودة ببدروم عمارتها؛ ثم حدثت طفرة أكبر: توقف تفارقها، واسترجعت قائلة: «لطالما كان لدي همهمة مستمرة داخل رأسي عن محادثات تافهة، وكنت أخشىٰ أنني مصابة بالفصام، لكن بعد نصف عام من الارتجاع العصبي لم أعد أسمع تلك الأصوات؛ لقد اندمجت أجزائي، علىٰ ما أظن، لقد اتحد كل شيء».

وحين نشأ لدىٰ ليزا حس ثابت بالذات، أصبحت قادرة علىٰ التحدث عن تجاربها: «صرت الآن قادرة علىٰ التحدث عن الأمور مثل طفولتي، وهذه أول مرة أشرع في الاقتدار علىٰ الاضطلاع بالعلاج النفسي؛ إذ قبل ذلك لم يكن لدي مسافة كافية تفصلني عما حدث ولم أكن أستطيع الوصول إلىٰ الهدوء الكافي؛ وما

دمتَ داخل الحدث فمن الصعب التحدث عنه. لقد كنت عاجزة عن الارتباط بالآخرين بالكيفية التي يحتاجها المرء للارتباط وعن الانفتاح بالكيفية التي يحتاجها المرء للانفتاح كي يحظىٰ بعلاقة من أي نوع مع معالجه؛ ولقد كان هذا كشفًا مبهرًا: الكثير من المرضىٰ يلتحقون بالعلاج ثم يفارقونه، عاجزين عن الاتصال المجدي لأنهم ما زالوا «بداخله» لا شك؛ وإذا جهل الناس كينونتهم، يعجزون عن رؤية حقيقة من حولهم من الأشخاص.

تابعت ليزا قائلة: «كان لدي قلق كبير بشأن التعلق، وحين كنت أدخل غرفة ما كنت أحاول حفظ كل سبيل ممكن للخروج، وكل تفصيلة عن الشخص؛ بل كنت أستميت في استقصاء كل ما يمكن أن يؤذيني. لكن الآن صار علمي بالناس مختلفًا؛ فلم يعد قائمًا علىٰ حفظ تفاصيلهم انطلاقًا من الخوف؛ وإنك حين لا تكون خائفًا من التأذي تستطيع معرفة الناس بشكل مختلف».

لقد بزغت هذه الشابة الفصيحة من أعماق اليأس والارتباك وبدرجة من الوضوح والتركيز لم أكن قد رأيتها من قبل، وهكذا تجلىٰ أننا يجب علينا استكشاف إمكانات الارتجاع العصبي في «تروما سنتر».

الابتداء في الارتجاع العصبي

بادئ ذي بدء توجب علينا أن نقرر أي نظام سنتبنىٰ من أنظمة الارتجاع العصبي الخمسة المختلفة الموجودة، ثم أن نوجد يوم عطلة طويل لنتعلم المبادئ ونمارسها علىٰ بعضنا بعضًا٨؛ فتطوع ثمانية موظفين وثلاثة مدربين بوقتهم لاستكشاف تعقيدات مخطط كهربية الدماغ، والأقطاب الكهربائية، والارتجاع المولَّد من الحاسوب؛ وفي صباح اليوم الثاني من التدريب، عندما كان زميلي مايكل هو شريكي في الإجراء، وضعت قطبًا كهربائيًّا علىٰ الجانب الأيمن من رأسه، مباشرة فوق الجزء الحسي الحركي من دماغه، ثم قمت بإثابة التردد من ١١ إلىٰ ١٤ هرتز؛ وبعد هنيهة من انتهاء الجلسة طلب مايكل من المجموعة أن تعيره انتباهها، ثم أخبرنا أنه كان قد حظي للتو بخبرة رائعة؛ إذ لطالما كان يشعر بالتوتر وعدم الأمان بعض الشيء في وجود الآخرين، بل حتىٰ في وجود زملائه

مثلنا؛ ورغم عدم ملاحظة أحد ذلك، فلقد كان -رغم كل شيء- معالجًا يحظىٰ باحترام كبير، غير أنه كان يعيش مع وجع الحس المزمن بالخطر. لكن هذا الشعور انقشع حينئذ، وصار يشعر بالأمان، والاسترخاء، والانفتاح؛ وعلىٰ مدار السنوات الثلاث التالية خرج مايكل من سجيَّته المنزوية المعتادة ليتحدىٰ المجموعة باستبصاراته وآرائه، كما أصبح أحد أهم المساهمين في برنامج الارتجاع العصبي الخاص بنا.

بمساعدة «مؤسسة العلوم الطبيعية والتطبيقية»[1]، ابتدأنا دراستنا الأولىٰ مع مجموعة مكونة من سبعة عشر مريضًا لم يستجيبوا للعلاجات السابقة، واستهدفنا المنطقة الصدغية اليمنىٰ في الدماغ -وهي المكان الذي أظهرت دراسات المسح الدماغي الباكرة التي كنا قد أجريناها (الموصوفة في الفصل الثالث)٩ أنها تتعرض لتنشيط مفرط أثناء الكرب الصدمي-، وأعطيناهم عشرين جلسة من الارتجاع العصبي علىٰ مدىٰ عشرة أسابيع.

ونظرًا لأن معظم هؤلاء المرضىٰ كانوا يعانون من استبهام المشاعر، فلم يكن من السهل عليهم الإبلاغ عن استجابتهم للعلاج، لكن أفعالهم كانت تتحدث نيابة عنهم: دائمًا ما كانوا يأتون إلىٰ مواعيدهم في الوقت المحدد، حتىٰ لو كانوا مضطرين إلىٰ القيادة عبر العواصف الثلجية؛ كما لم ينقطع أي منهم عن الحضور. وفي نهاية الجلسات العشرين التي حضروها كاملة، تمكنا من توثيق تحسنات كبيرة، ليس فقط في درجات اضطراب الكرب التالي للصدمة١٠ بل أيضًا في راحتهم العلائقية، وتوازنهم الانفعالي، ووعيهم الذاتي١١؛ لقد انخفض خوفهم وقلقهم، وتحسن نومهم، وشعروا أنهم أكثر هدوءًا وتركيزًا.

وعلىٰ أية حال فقد تكون التقارير الذاتية غير موثوقة؛ لذا تُعتبر التغيرات الموضوعية في السلوك مؤشرًا أفضل بكثير لمدىٰ نجاح العلاج، وقد كان أول مريض عالجته بالارتجاع العصبي مثالًا جيدًا علىٰ هذا: لقد كان رجلًا مهنيًّا في أوائل الخمسينيات من عمره، وقد عرَّف نفسه بأنه غيريّ الجنس لكنه متىٰ ما شعر

---

(1) ANS Foundation.

بأنه مهجور وغير مفهوم كان يسعىٰ سعيًا قهريًّا إلىٰ ارتكاب اتصال مثلي الجنس مع الغرباء؛ وكان زواجه قد تدمر من جراء هذه القضية، كما كان قد أصيب بفيروس الإيدز؛ وكان في حاجة ماسة إلىٰ السيطرة علىٰ سلوكه. كما كان قبل مجيئه إلينا قد تحدث باستفاضة مع المعالج السابق عن انتهاك عمه الجنسي له حين كان في الثامنة من عمره تقريبًا، وافترضنا أن قهره مرتبط بهذا الانتهاك، لكن إدراك هذا الرابط لم يكن قد أحدث فرقًا في سلوكه؛ إذ بعد أكثر من عام من العلاج النفسي المنتظم مع معالج كفء لم يتغير شيء.

بعد أسبوع من شروعي في تدريب دماغه علىٰ إنتاج موجات أبطأ في الفص الصدغي الأيمن، خاض جدالًا مكربًا مع خليلته الجديدة، لكنه بدلًا من الذهاب إلىٰ بقعته المعتادة بحثًا عن الجنس، قرر الذهاب لصيد السمك؛ وقد عزوتُ هذه الاستجابة إلىٰ الصدفة، لكنه علىٰ مدار الأسابيع العشرة التالية، وفي خضم علاقته المتقلقلة، استمر في إيجاد السلوان في صيد الأسماك كما بدأ في ترميم الكوخ الموجود علىٰ ضفة البحيرة؛ لكن حين توقفنا عن إجراء الارتجاع العصبي لمدة ثلاثة أسابيع بسبب عطلاتنا المجدولة، عاد قهره فجأة، مشيرًا إلىٰ أن دماغه لم يكن قد استقر بعد علىٰ نمطه الجديد، لذا استكملنا التدريب لمدة ستة أشهر أخرىٰ، والآن، بعد أربع سنوات، أراه كل ستة أشهر تقريبًا لإجراء فحص تحقق؛ فيصرح بأنه لم يعد يشعر بأي اندفاعة تجاه الانخراط في أنشطته الجنسية الخطيرة.

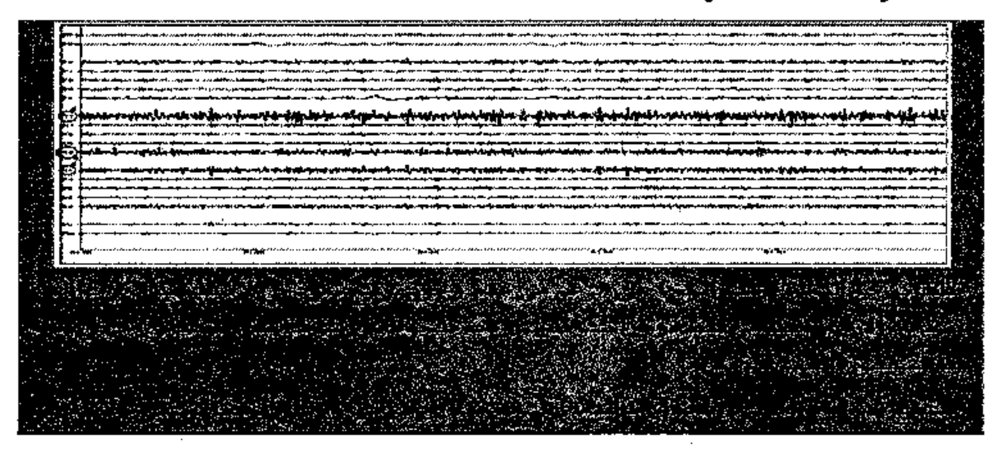
كيف صار دماغه يستمد الراحة من الصيد بدلًا من السلوك الجنسي القهري؟ في هذه المرحلة نحن ببساطة لا نعلم؛ لكن يمكننا القول إن الارتجاع العصبي يغير أنماط الدماغ الاتصالية؛ فيتبع الذهن ذلك بابتكار أنماط انخراط جديدة.

أساسيات الموجات الدماغية: من البطء إلىٰ السرعة

إن كلَّ سطر في رسم المخ يرسم النشاطَ الحادث في جزء معين من الدماغ: فهو مزيج من الإيقاعات المختلفة، المتراوحة علىٰ مقياس من البطء إلىٰ

السرعة١٢؛ ويتألف رسم المخ من قياسات الارتفاعات المتفاوتة (السعة) والأطوال الموجية (التردد)؛ ويشير التردد إلىٰ عدد ارتفاعات الشكل الموجي وانخفاضاته في الثانية الواحدة، ويقاس بالهرتز (Hz)، أو دورة في الثانية (cps)؛ وكل تردد في رسم المخ ذو صلة بفهم الصدمة وعلاجها، ومن السهل نسبيًا استيعاب الأساسيات.

موجات «دلتا» Delta هي أبطأ الترددات (٢–٥ هرتز) وغالبًا ما تظهر أثناء النوم، حين يكون الدماغ في حالة الخمول، والذهن مصوب نحو الداخل؛ وإذا كان لدىٰ الناس فرط في بطء النشاط الموجي في حالة اليقظة، يكون تفكيرهم ضبابيًا ويظهرون ضعفًا في الحكم علىٰ الأمور وفي السيطرة علىٰ الاندفاع. وإن ثمانين في المائة من الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه والعديد من المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة يعانون من فرط الموجات البطيئة في الفص الجبهي.



cps = cycles per second, or Hertz

DELTA Less than 4 cps	THETA 4–8 cps	ALPHA 8–12 cps	SMR 12–15 cps	BETA 15–18 cps	HIGH BETA more than 19 cps
النوم	النعاس	Relaxed Focus	استرخاء التفكير	نشاط التفكير	الإثارة والحماس

كل هذه الأمور موجودة في هذه النطاق

الاكتئاب واضطراب نقص الانتباه والنشاط المفرط

تمرين الدماغ على الانتقال إلى هذا النطاق لتعديل أعراض هذه الاضطرابات

معدل اتقاد الموجات الدماغية مرتبط بحالة تيقظنا

يزيد الحلم من سرعة موجات الدماغ؛ وتسود ترددات «ثيتا Theta» (٥-٨ هرتز) عند حافة النوم، مثلما يحدث في تلك الحالة العائمة «السابقة للاستيقاظ» التي وصفتها في الفصل الخامس عشر الخاص بـ «إعادة المعالجة الذكروية»، كما أنها إحدىٰ سمات حالات الغيبة التنويمية[١]؛ إذ تخلق موجاتُ ثيتا إطارًا نفسيًّا غير مقيد بالمنطق أو بمتطلبات الحياة العادية، وبالتالي تفتح إمكانية تكوين اتصالات وترابطات جديدة. وإن أحد أفضل علاجات الارتجاع العصبي الواعدة لاضطراب الكرب التالي للصدمة هو تدريب ألفا/ثيتا، وهو يستغل تلك الخاصية لإذابة الارتباطات المتجمِّدة وتسهيل التعلم الجديد. ولكن علىٰ الجانب السلبي، فإن ترددات ثيتا تحدث أيضًا حين نكون «سكرانين» أو مكتئبين.

موجات «ألفا» (٨-١٢ هرتز) مصحوبة بحس السلام والهدوء١٣، وهما مألوفان لكل من تعلم تأمل اليقظة الذهنية؛ كما أستخدم في ممارستي تدريب ألفا في أغلب الأحيان لمساعدة من يعانون من الخدر الشديد أو التهيج الشديد لدرجة عجزهم عن الوصول إلىٰ حالة الاسترخاء المركّز. ومن الجدير بالذكر أن «مركز والتر ريد الطبي العسكري الوطني»[٢] قد قام في الآونة الأخيرة بتقديم أدوات تدريب ألفا لعلاج الجنود المصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة، ولكن أثناء كتابتي لهذه الفقرة لا توجد نتائج متاحة بعد.

موجات «بيتا» هي أسرع الترددات (١٣-٢٠ هرتز)، وحين تسود يتوجه الدماغ إلىٰ العالم الخارجي، إذ تمكننا بيتا من تركيز الانتباه أثناء أداء المهام؛ ورغم ذلك يرتبط ارتفاع بيتا (أكثر من ٢٠ هرتز) بالتهيج، والقلق، وتوتر الجسم؛ وآنذاك نكون عمليًّا في حالة تفحصٍ مستمر للبيئة بحثًا عن الخطر.

---

(١) الغيبة التنويمية hypnotic trance هي الحالة المحدَثة بالتنويم. (ح).

(2) Reed National Military Medical Center.

مساعدة الدماغ علىٰ التركيز

يمكن أن يؤدي تدريب الارتجاع العصبي إلىٰ تحسين الإبداع، والتحكم الرياضي، والوعي الداخلي، حتىٰ لدىٰ الأشخاص الذين حققوا بالفعل إنجازات عالية١٤، ونحن حين بدأنا في دراسة الارتجاع العصبي اكتشفنا أن الطب الرياضي كان القسم الوحيد في جامعة بوسطن الذي لديه ثمة إلمام بالموضوع؛ وقد كان أحد أساتذتي الأوائل في فسيولوجيا الدماغ هو أخصائي علم النفس الرياضي لين زايشكوسكي **Len Zaichkowsky**، والذي سرعان ما غادر بوسطن لتدريب فريق «فانكوفر كانوكس» **Vancouver Canucks** باستخدام الارتجاع العصبي١٥.

لقد كانت الدراسات التي أجريت علىٰ الارتجاع العصبي غالبًا ما تستهدف تحسين الأداء وليس المشكلات النفسانية؛ ففي إيطاليا استخدمه مدرب نادي كرة القدم «إيه سي ميلان»(١) لمساعدة اللاعبين علىٰ الاسترخاء والتركيز أثناء مشاهدتهم مقاطع فيديو تظهر أخطاءهم، وقد أثمر ازدياد سيطرتهم النفسية والفسيولوجية بانضمام بضعة لاعبين إلىٰ الفريق الإيطالي الذي فاز بكأس العالم ٢٠٠٦م؛ وكذلك بفوز «ميلان» بالبطولة الأوروبية في العام التالي١٦. كما تم تضمين **الارتجاع العصبي** في عنصر العلوم والتكنولوجيا الخاص بـ «اعتلاء المنصة» **Own the Podium**، وهي خطة خمسية بقيمة ١١٧ مليون دولار مصممة لمساعدة كندا علىٰ التربع علىٰ عرش «دورة الألعاب الأولمبية الشتوية» لعام ٢٠١٠م في مدينة فانكوفر؛ وقد فاز الكنديون بأكبر عدد من الميداليات الذهبية واحتلوا المركز الثالث في الترتيب الكلي.

هذا وقد ثبت أنه يحسن الأداء الموسيقي أيضًا؛ فلقد وجدت لجنة تحكيم من «الكلية الملكية البريطانية للموسيقىٰ»(٢) أن الطلاب الذين تم تدريبهم بعشر جلسات من الارتجاع العصبي علىٰ يد جون جروزيلير **John Gruzelier** من جامعة

---

(1) AC Milan.

(2) Britain's Royal College of Music.

لندن، وجدت أن أداءهم للمقطوعة الموسيقية قد تحسن بنسبة ١٠ في المائة مقارنة بالطلاب الذين لم يتلقوا الارتجاع العصبي، وهذا يمثل فرقًا كبيرًا في مثل هذا المجال التنافسي١٧.

ونظرًا لتعزيزه الانتباه والتركيز، فليس من المستغرب أن يلفت الارتجاع العصبي انتباه المتخصصين في اضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة؛ ولقد أظهر ما لا يقل عن ستة وثلاثين دراسة أن الارتجاع العصبي يمكن أن يكون علاجًا فعالًا ومحدود الزمن لاضطراب نقص الانتباه/ فرط الحركة، علاجًا يشابه في فعاليته الأدوية التقليدية١٨؛ إذ بمجرد أن يتدرب الدماغ علىٰ إنتاج أنماط مختلفة من التواصلات الكهربائية، لا يكون هناك داعٍ لمزيد من العلاج، علىٰ عكس الأدوية التي لا تغير النشاط الأساسي للدماغ ونفعها مرتهن بعدم توقف المريض عن تناولها.

أين موضع المشكلة في دماغي؟

يستطيع التحليل المحوسب المتطور لرسم المخ -والمعروف باسم «رسم المخ الكمّي[1]»- أن يتتبع نشاط الموجات الدماغية كل ميلي ثانية علىٰ حدة، كما يستطيع برنامج التشغيل الخاص بالجهاز أن يحول هذا النشاط إلىٰ خريطة ملونة توضح الترددات الأعلىٰ أو الأدنىٰ في المناطق الدماغية الرئيسية١٩؛ هذا ويستطيع الرسم الكمي إظهار جودة تواصل المناطق الدماغية أو عملها مع بعضها بعضًا، كما توجد الآن قواعد بيانات ضخمة عن كل من الأنماط الطبيعية والشاذة في رسم المخ الكمي، مما يتيح لنا مقارنة المخطط الكمي للمريض بمخططات آلاف آخرين يعانون من مشكلات مماثلة. وأخيرًا وليس آخرًا، فعلىٰ عكس التصوير بالرنين المغناطيسي الوظيفي وغيره من عمليات المسح ذات الصلة، فإن الرسم الكمي غير مكلّف نسبيًّا وقابل للنقل.

يقدم الرسم الكمي دليلًا مقنعًا علىٰ الحدود التعسفية للفئات التشخيصية الحالية في «الدليل التشخيصي والإحصائي»؛ إذ نجد أن وسوم الدليل لا تتوافق

---

(1) quantitative EEG.

مع أنماط معينة من التنشيط الدماغي، لكن الحالات النفسية الشائعة في العديد من التشخيصات -كالارتباك، أو التهيج، أو الشعور بعدم التجسد- مرتبطة بأنماط معينة في الرسم الكمي. وبشكل عام، فكلما زاد عدد المشاكل التي يعاني منها المريض، ظهرت المزيد من الشذوذات في الرسم الكمي٢٠.

يجد مرضانا نفعًا كبيرًا في اقتدارهم على رؤية أنماط النشاط الكهربائي الموضعي في دماغهم، إذ نستطيع أن نريهم الأنماط التي تبدو مسؤولة عن صعوبة التركيز أو عن افتقارهم للسيطرة الانفعالية، وبهذا يستطيعون رؤية سبب الحاجة إلى تدريب المناطق الدماغية المختلفة لتوليد ترددات وأنماط تواصل مختلفة، وهكذا تساعدهم هذه التوضيحات على تبدُّلهم من محاولات لوم الذات في سبيل السيطرة على سلوكهم إلى تعلم معالجة المعلومات بطريقة مختلفة.

وكما كتب لي إد هاملين Ed Hamlin -الذي دربنا على ترجمة رسم المخ الكمي- في الآونة الأخيرة: «يستجيب كثير من الناس للتدريب، لكن أفضل الاستجابات وأسرعها تكون لدى أولئك المقتدرين على رؤية كيفية ارتباط الارتجاع بشيء يفعلونه؛ فعلى سبيل المثال: حين أحاول مساعدة شخص على زيادة قدرته على التواجد في الحاضر، يكون بمقدورنا رؤية نتيجة ما نفعله، وحينئذ يبدأ التحسن في الحدوث بكل ما تحمله العبارة من معنى؛ فهناك شيء نافع للغاية في عيش خبرة تغيير نشاط دماغك باستخدام عقلك».

كيف تغير الصدمة موجات الدماغ؟

في مختبر الارتجاع العصبي الخاص بنا نقابل أفرادًا لديهم تاريخ طويل من الكرب الصدمي لكنهم لم يستجيبوا للعلاجات الحالية إلا جزئيًّا، ويظهر رسم مخهم الكمي طائفة متنوعة من الأنماط المختلفة؛ وغالبًا ما نجد فرط نشاط في الفص الصدغي الأيمن -مركز الخوف في الدماغ- إلى جانب بطء كبير في النشاط الموجي الجبهي؛ وهذا معناه أن دماغهم الانفعالي ذا التيقظ المفرط يهيمن على حياتهم النفسية. ولقد أظهرت أبحاثنا أن تهدئة مركز الخوف يقلل من المشاكل المرتبطة بالصدمات ويحسن الوظيفية التنفيذية، وهذا لا ينعكس فحسب

في الانخفاض الكبير في درجات اضطراب الكرب التالي للصدمة الخاصة بالمرضىٰ، بل أيضًا في تحسن الصفاء الذهني وزيادة القدرة علىٰ تنظيم مدىٰ توعكهم حين الاستجابة للاستفزازات الطفيفة نسبيًّا٢١.

هذا ويوجد مرضىٰ مصدومون آخرون يُظهرون أنماط فرط النشاط لحظة إغماضهم أعينهم: إن عدم رؤيتهم لما يجري حولهم يصيبهم بالهلع فتصير موجات دماغهم جامحة، لذا ندربهم علىٰ إنتاج أنماط دماغية مسترخية؛ وأعجب من ذلك أننا وجدنا مجموعة أخرىٰ لديها فرط تفاعلية تجاه الأصوات والأضواء، وهي علامة علىٰ أن المهاد يلاقي صعوبة في تصفية المعلومات غير ذات الصلة، وفي حالة هؤلاء المرضىٰ نركز علىٰ تغيير أنماط التواصل في مؤخرة الدماغ.

في حين يركز مركزنا علىٰ إيجاد العلاجات المثلىٰ للكرب الصدمي المعمِّر، يدرس ألكسندر ماكفارلين كيف أن التعرض للحروب يغير الأدمغة الطبيعية سابقًا؛ فلقد طلبت «وزارة الدفاع الأسترالية» من فريقه البحثي قياس آثار إرسال الجنود لأداء واجب الحرب في العراق وأفغانستان علىٰ وظائفهم النفسية والبيولوجية، بما في ذلك أنماط الموجات الدماغية: في المرحلة البدئية من الدراسة، قاس ماكفارلين وزملاؤه رسم المخ الكمي لدىٰ ١٧٩ جنديًّا مقاتلًا قبيل بعثاتهم المتتالية إلىٰ الشرق الأوسط وبعد أربعة أشهر منها.

ووجدوا أن العدد الإجمالي لأشهر القتال علىٰ مدىٰ فترة ثلاث سنوات مرتبط بانخفاض تدريجي في قوة ألفا بمؤخرة الدماغ؛ وهذه المنطقة -التي تراقب حالة الجسم وتنظم العمليات الأولية كالنوم والجوع- تحتوي عادةً علىٰ أعلىٰ مستوىٰ من موجات ألفا مقارنة بكل المناطق الدماغية، خاصةً حين يغمض الناس أعينهم؛ وكما رأينا سابقًا، فموجات ألفا مرتبطة بالاسترخاء، وهكذا فانخفاض قوة ألفا لدىٰ هؤلاء الجنود يعكس صورة حالةِ التهيج المستمر؛ وفي الوقت نفسه فإن الموجات الموجودة بمقدمة الدماغ -وهي المنطقة التي عادةً ما تحتوي علىٰ مستويات عالية من بيتا- تُظهر تباطؤًا تدريجيًّا مع كل بعثة، ويتحول نشاط الفص الجبهي لدىٰ الجنود تدريجيًّا إلىٰ نشاط شبيه بالذي لدىٰ

الأطفال المصابين باضطراب فرط الحركة ونقص الانتباه، مما يعرقل أداءهم التنفيذي وقدرتهم علىٰ تركيز الانتباه.

وكانت المحصلة النهائية هي أن التيقظ، الذي يُفترض أن يزودنا بالطاقة اللازمة للانخراط في المهام اليومية، لم يعد يساعد هؤلاء الجنود علىٰ التركيز علىٰ المهام العادية؛ إنه ببساطة يجعلهم متهيجين ومتضايقين. لكن في هذه المرحلة من دراسة ماكفارلين، فمن السابق لأوانه معرفة ما إذا كان أي من هؤلاء الجنود سيصاب باضطراب الكرب التالي للصدمة، والزمن وحده هو ما سيحدد إلىٰ أي درجة ستتكيف هذه الأذهان من جديد مع وتيرة الحياة المدنية.

الارتجاع العصبي وإعاقات التعلم

إن الانتهاك والإهمال المزمنين في مرحلة الطفولة يعرقلان التصميم السليم للدوائر الكهربائية الخاصة بأنظمة التكامل الحسي، ويسفر هذا في بعض الحالات عن إعاقات التعلم، التي تنطوي علىٰ اختلال الاتصالات الجارية بين النظام السمعي وأنظمة معالجة الكلمات، وضعف التنسيق بين اليد والعين. وفي برامج العلاج الإقامي الخاصة بنا، حين يكون المراهقون متجمدين أو انفجاريين، يكون من العسير علينا معرفة حجم الصعوبة التي يلاقونها في معالجة المعلومات اليومية، ولكن بمجرد أن ننجح في علاج مشاكلهم السلوكية، فغالبًا ما تظهر إعاقات التعلم التي لديهم؛ فحتىٰ بعد تمكن هؤلاء الأطفال المصدومين من الجلوس الساكن والانتباه، يظل الكثير منهم معاقًا بسبب ضعف مهارات التعلم لديهم[٢٢].

لقد وصفت ليزا كيف عرقلت الصدمة التصميم الصائب للدوائر الكهربائية المسئولة عن وظائف المعالجة الأساسية، حيث أخبرتني أنها «لطالما كانت تتوه» في الأماكن التي تذهب إليها، وتذكرت وجود تأخر سمعي شديد كان يعوقها عن اتباع تعليمات مدرسيها؛ إذ قالت: «تخيل وجودك في فصل دراسي، ثم تأتي المعلمة وتقول: «صباح الخير، ائتوا بالصفحة الثانية والسبعين، وقوموا بحل الأسئلة من واحد إلىٰ خمسة؛ فإذا تأخرتَ ولو جزءًا من الثانية، فستصاب بالارتباك لا محالة؛ ولقد كان التركيز مستحيلًا».

ولقد ساعدها الارتجاع العصبي علىٰ التخلص من إعاقات التعلم هذه: «تعلمت اقتفاء أثر الأشياء؛ علىٰ سبيل المثال: قراءة الخرائط. وإثر شروعنا في العلاج كان هناك ذلك الوقت الذي لا يُنسىٰ، حين كنت مرتحلة من مدينة أميرست إلىٰ نورثهامبتون [أقل من عشرة أميال] لأقابل سيبرن، وكان من المفترض أن أستقل بضع حافلات لكن المطاف انتهىٰ بي بالمشي علىٰ الطريق السريع لبضعة أميال؛ لقد كنت شديدة الاختلال، كنت عاجزة عن قراءة الجدول؛ وكنت عاجزة عن تتبع الوقت؛ كما كنت متوترة للغاية، مما كان يشعرني بالتعب طيلة الوقت. وهكذا كنت عاجزة عن الانتباه والرزانة، وعن تنظيم دماغي حول ما بين يدي».

يضع هذا التصريح تعريفًا للتحدي الذي يواجهه علم الدماغ والعقل: أنَّىٰ لنا مساعدة الناس علىٰ تعلم كيفية تنظيم الزمان والمكان، والمسافة والعلاقات، تلك القدرات التي تترسخ في الدماغ خلال السنوات القليلة الأولىٰ من الحياة؛ أنَّىٰ لنا هذا إذا كانت الصدمة المبكرة قد عرقلت نماءهم؟ لم يُظهِر العلاج النفسي التقليدي أو أيٌّ من العقاقير أنه ينشط اللدُونة العصبية اللازمة لإيقاد هذه القدرات بعد انقضاء تلك الفترات الحرجة؛ وبهذا فقد حان الوقت الآن لدراسة ما إذا كان بمقدور الارتجاع العصبي أن ينجح حيث فشلت التدخلات الأخرىٰ.

تدريب ألفا/ثيتا

يُعتبر تدريب ألفا/ثيتا في الارتجاع العصبي إجراءً شديد الإبهار، ذلك لأنه يستطيع تحفيز أنواع الحالات الإغفائية[1] -التي هي جوهر الغيبة التنويمية- التي ناقشتها في الفصل الخامس عشر٢٣؛ فعندما تسود موجات ثيتا في الدماغ، ينصب تركيز العقل علىٰ العالم الداخلي، عالم التصور الذهني الحُرّ، كما تعمل موجات ألفا بمثابة جسر ممتد من العالم الخارجي إلىٰ الداخلي، والعكس صحيح. وفي تدريب ألفا/ثيتا نثيب هذه الترددات بالتناوب.

---

(١) الحالة الإغفائية hypnagogic state: هي الحالة التي تسبق النوم. (ص).

إن التحدي في اضطراب الكرب التالي للصدمة متمثل في فتح الذهن على الإمكانيات الجديدة، بحيث يتحرر المرء من تفسير الحاضر بأنه إعادة عيش مستمرة للماضي. وإن حالات الغيبة، التي يهيمن أثناءها نشاطُ ثيتا، يمكن أن تساعد على إذابة الروابط الشرطية بين منبهات واستجابات معينة، كالفرقعات الصاخبة المشيرة إلى صوت الطلقات النارية، الذي هو نذير الموت. فيمكن إنشاء ترابط جديد نربط من خلاله هذه الفرقعة ذاتها بصوت الألعاب النارية في نهاية يوم الرابع من يوليو على الشاطئ مع الأحباب.

في الحالات الغسقية[1] التي يعززها تدريب ألفا/ثيتا، يعاد اختبار الأحداث الصدمية بأمان ويتم تعزيز الترابطات الجديدة؛ وفيها يبلغ بعض المرضى عن صور غير مألوفة و/أو استبصارات عميقة عن حياتهم؛ في حين يصير آخرون أكثر استرخاءً وأقل تيبسًا فحسب؛ ومن المرجح أن أي حالة يستطيع الناس فيها أن يختبروا بأمان الصور، والمشاعر، والعواطف المرتبطة بالرهبة والعجز، أي حالة كهذه من المرجح أن تخلق إمكانات طازجة ومنظورًا أوسع.

هل يستطيع ألفا/ثيتا أن يتخلص من أنماط فرط التيقظ؟ إن الأدلة المتراكمة واعدة؛ إذ أن يوجين بينيستون Eugene Peniston وبول كولكوسكي Paul Kulkosky -وهما باحثان من «مركز شئون المحاربين الطبي»[2] في فورت ليون، كولورادو- قاما باستخدام الارتجاع العصبي لعلاج تسعة وعشرين من قدامى الحرب الفيتنامية الذين لديهم تاريخ متراوح من اثني عشر إلى خمسة عشر عامًا من اضطراب الكرب التالي للصدمة المزمن المرتبط بالحرب: حيث أُدرج خمسة عشر رجلًا إدراجًا عشوائيًّا في تدريب ألفا/ثيتا وأربعة عشر في المجموعة الضابطة التي تلقت الرعاية الطبية القياسية، بما في ذلك الأَدْوِيَة نَفْسَانِيَّة التَّأْثِير والعلاج النفسي الفردي والجماعي؛ ومن الجدير بالذكر أن المشاركين في كلتا المجموعتين كانوا قد أُدخلوا في المستشفى أكثر من خمس مرات في المتوسط بسبب اضطراب

(١) الحالة الغسقية twilight state: هي حالة تغير في الوعي بالبيئة المحيطة. (ص).

(2) VA Medical Center.

الكرب التالي للصدمة. ثم قام الارتجاع العصبي بتسهيل الحالات الغسقية الخاصة بالتعلم وذلك بإثابة كل من موجات ألفا وثيتا؛ فحين كان الرجال جالسين علىٰ كرسيهم الوثير مغمضي العينين، كانوا يدرَّبون علىٰ السماح لأصوات الارتجاع العصبي بتوجيههم إلىٰ الاسترخاء العميق، كما كان يُطلب منهم استخدام التصور الذهني الإيجابي (علىٰ سبيل المثال: أنهم رزينون، يعيشون في سعادة وثقة بالنفس) حين انتقالهم إلىٰ حالة ألفا/ثيتا الشبيهة بالغيبة.

إن هذه الدراسة -التي نُشرت في عام ١٩٩١م- قد أحرزت إحدىٰ أفضل النتائج المسجلة علىٰ الإطلاق لاضطراب الكرب التالي للصدمة؛ إذ حدث لدىٰ مجموعة الارتجاع العصبي انخفاض كبير في أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة، وكذلك في الشكاوىٰ الجسدية، والاكتئاب، والقلق، والبارانويا[(١)]. وبعد مرحلة العلاج، أُجريت اتصالات شهرية مع المحاربين القدامىٰ وأفراد عائلاتهم لمدة ثلاثين شهرًا، وأبلغ ثلاثة فقط من الخمسة عشر محاربًا الذين عولجوا بالارتجاع العصبي عن ارتدادات ذكروية وكوابيس مثيرة للاضطراب، كما اختار الثلاثة إجراء عشر جلسات مُعَزِّزَة؛ في حين احتاج واحد فقط إلىٰ العودة للمستشفىٰ لمزيد من العلاج؛ كما أن ١٤ من أصل الخمسة عشر انخفض استخدامهم للأدوية انخفاضًا كبيرًا.

وفي المقابل، فإن كل محارب من مجموعة المقارنة قد اختبر زيادةً في أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة خلال فترة المتابعة، كما احتاج جميعهم إلىٰ الإدخال في المستشفىٰ مجددًا مرتين علىٰ الأقل؛ بل وُجد أن عشرة من مجموعة المقارنة قد زاد استخدامهم للأدوية٢٤. ولقد قام باحثون آخرون بتكرار هذه الدراسة ووجدوا نتائج مشابهة، لكن المدهش هو أنها لم تلق اهتمامًا يُذكَر خارج مجتمع الارتجاع العصبي٢٥.

---

(١) البارانويا: Paranoia لفظ يعبر عن حالة مرضية نفسية تتميز بتوهم الشخص أنه ?مستهدف للتآمر والاضطهاد من الآخرين حوله، وشعوره بالعظمة والتميز. (ص).

الارتجاع العصبي، واضطراب الكرب التالي للصدمة، والإدمان

إن ما يقرب من ثلث إلىٰ نصف المصابين بصدمات شديدة يعانون من مشاكل معاقرة المواد٢٦؛ فمنذ عصر الشاعر هوميروس (٧٥٠ قبل الميلاد) وقد استخدم الجنود الكحول لتخدير الألم، والتهيج، والاكتئاب؛ كما وجدت إحدىٰ الدراسات الحديثة أن مشاكل المخدرات أو الكحول نشأت لدىٰ نصف ضحايا حوادث السيارات. وما يزيد الطين بلة أن معاقرة الكحول تؤدي بالناس إلىٰ الطيش وبالتالي تزيد فرص انصدامهم مجددًا (رغم أن حالة السُكْر أثناء وقوع الاعتداء تقلل في الحقيقة من احتمالية نشأة اضطراب الكرب التالي للصدمة).

هناك علاقة دائرية بين اضطراب الكرب التالي للصدمة ومعاقرة المواد: رغم أن المخدرات والكحول قد يوفران ارتياحًا مؤقتة من أعراض الصدمة إلا أن الانسحاب منهما يزيد فرط التيقظ، مما يؤدي إلىٰ اشتداد الكوابيس، والارتداد الذكروي، والتهيجية؛ ولا يوجد سوىٰ طريقين لإنهاء هذه الحلقة المفرغة: طريق التحرر من أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة باستخدام أساليب مثل «إعادة المعالجة الذكروية»، أو طريق علاج فرط التيقظ الذي هو جزء من كلٍّ من اضطراب الكرب التالي للصدمة والانسحاب من المخدرات أو الكحول. وأحيانًا ما يصف الأطباء أدوية مثل النالتريكسون naltrexone لتقليل فرط التيقظ، لكن هذا العلاج لا يجدي نفعًا إلا في بعض الحالات فحسب.

إحدىٰ أُولَيات النساء اللائي تلقين تدريب الارتجاع العصبي كان لديها إدمان طويل للكوكايين، بالإضافة إلىٰ تاريخ مروع من الانتهاك الجنسي والهجر في طفولتها، ولدهشتي الكبيرة فقد تم التخلص من عادة الكوكايين التي لديها بعد الجلستين الأوليين، وحين أجرينا متابعة بعد مرور خمس سنوات علىٰ ذلك وجدنا أنها لم تنتكس. آنذاك لم أكن قد رأيت شخصًا يتعافىٰ بهذه السرعة من المعاقرة الشديدة للمخدرات، لذا لجأت إلىٰ الأدبيات العلمية الموجودة لالتماس الإرشاد٢٧، فوجدت أن معظم الدراسات حول هذا الموضوع كانت قد أُجريت منذ أكثر من عقدين؛ وأن خلال السنوات الأخيرة لم يُنشر سوىٰ عدد قليل جدًّا

من الدراسات حول استخدام الارتجاع العصبي في علاج الإدمان، علىٰ الأقل داخل الولايات المتحدة.

هناك نسبة تنتكس من المرضىٰ الذين يُدخَلون في المستشفىٰ لإزالة السمية وعلاج معاقرة الكحول والمخدرات، وتتراوح هذه النسبة من ٧٥ في المائة إلىٰ ٨٠ في المائة. وهناك دراسة أخرىٰ أجراها بينيستون وكولكوسكي حول آثار تدريب الارتجاع العصبي لدىٰ المحاربين القدامىٰ الذين لديهم تشخيص مزدوج من إدمان الكحول واضطراب الكرب التالي للصدمة٢٨، يقومان فيها بالتركيز علىٰ هذه المشكلة: تلقىٰ خمسة عشر محاربًا تدريبَ ألفا/ثيتا، في حين تلقت المجموعة الضابطة العلاج القياسي بدون الارتجاع العصبي، ثم أُجريت متابعة للمبحوثين بانتظام لمدة ثلاث سنوات؛ توقف خلالها ثمانية أعضاء من مجموعة الارتجاع العصبي عن شرب الكحول تمامًا، وسَكِرَ عضوٌ آخرٌ مرةً فمَرِض فلم يشرب خمرًا ثانية، كما انخفضت شدة الاكتئاب لدىٰ معظمهم انخفاضًا ملحوظًا. وعلىٰ حد قول بينيستون، فإن التغيرات التي أبلغوا عنها توازي أنهم قد صاروا «أشد حنانًا، وأشد ذكاءً، وأكثر استقرارًا من الناحية الانفعالية، وأكثر جرأة من الناحية الاجتماعية، وأكثر استرخاءً، وأكثر رضىٰ»٢٩. وفي المقابل، ففي غضون ثمانية عشر شهرًا، فإن جميع أفراد المجموعة الأخرىٰ الذين تلقوا العلاج القياسي أُعيد إدخالهم في المستشفىٰ٣٠. ومنذ ذلك الوقت وقد نُشر عدد من الدراسات حول الارتجاع العصبي في علاج الإدمان٣١، لكن هذا التطبيق الهام بحاجة إلىٰ مزيد من الأبحاث لتحديد إمكاناته وقيوده.

مستقبل الارتجاع العصبي

في ممارستي الشخصية، أستخدم الارتجاع العصبي ليساعدنا في المقام الأول علىٰ حل مشاكل فرط التيقظ، والارتباك، والتركيز الموجودة لدىٰ من يعانون من الصدمة النمائية، ورغم ذلك فقد أظهر أيضًا نتائج طيبة في العديد من القضايا والحالات التي تتجاوز نطاق هذا الكتاب، بما في ذلك إذهاب صداع التوتر، وتحسين الوظيفية المعرفية بعد حدوث إصابة رضحية للدماغ، وتخفيف

القلق ونوبات الهلع، وتعلم تعميق حالات التأمل، وعلاج التوحد[1]، وتحسين السيطرة على النوبات الصرعية، والتنظيم الذاتي في اضطرابات المزاج، وأكثر من ذلك. وابتداء من عام ٢٠١٣م صار الارتجاع العصبي يُستخدم في سبع عشرة منشأة تابعة للجيش و«شئون المحاربين القدامى» من أجل علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة٣٢. كما بدأ الباحثون للتو في تقييم التوثيق العلمي لفعاليته في علاج المحاربين العائدين حديثًا؛ ولقد أدلى فرانك دافي **Frank Duffy**، مدير مختبرات «الفسيولوجيا العصبية الإكلينيكية» و«الفسيولوجيا العصبية النمائية» بـ «مستشفى بوسطن للأطفال»[2]، قائلًا: تشير الأدبيات -التي لا يوجد بها أي دراسة سلبية- إلى أن الارتجاع العصبي يلعب دورًا علاجيًّا رئيسيًّا في العديد من الميادين المختلفة، وفي رأيي الشخصي، فإذا أظهر أي دواء مثل هذا النطاق الواسع من الفعالية، فسيحظى بقبول عالمي وسيُستخدم على نطاق واسع»٣٣.

لا تزال هناك أسئلة عديدة يتوجب الإجابة عليها بخصوص بروتوكولات العلاج التي ينبغي استخدامها في الارتجاع العصبي، لكن النموذج العلمي يتحول تدريجيًّا إلى اتجاه يدعو إلى استكشاف أعمق لهذه الأسئلة؛ ففي عام ٢٠١٠م نشر توماس إنسل -وهو مدير المعهد الوطني للصحة النفسية- مقالًا في مجلة «ساينتفيك أمريكان» بعنوان «الدوائر المعيبة[3]»، دعا فيه إلى الرجوع لفهم العقل والدماغ من زاوية إيقاعات التواصل الكهربائي وأنماطه: «يمكن اعتبار المناطق الدماغية التي تعمل عملًا جماعيًّا لإجراء العمليات النفسية الطبيعية (والشاذة)، يمكن اعتبارها مماثلة للدوائر الكهربائية؛ وتُظهر آخر الأبحاث أن اختلال شبكة الدوائر بأكملها قد يكون سببًا في العديد من الاضطرابات النفسية٣٤»؛ وبعد ثلاث سنوات أعلن إنسل أن المعهد الوطني للصحة النفسية «يعيد توجيه أبحاثه

(١) التوحد (الذاتوية) **Autism**: هي حالة متسمة بالعزلة، وصعوبة التواصل مع الغير، والاضطراب السلوكي بالتكرار، وعدم الاستجابة للمؤثرات المحيطة. (ص).

(2) **Boston Children's Hospital.**

(3) Faulty Circuits.

بعيدًا عن فئات الدليل التشخيصي والإحصائي»٣٥ ويركز بدلًا من ذلك علىٰ «اضطرابات الكونكتوم البشري٣٦»[1].

وعلىٰ حد إيضاح فرانسيس كولينز Francis Collins لهذا الأمر، وهو مدير «المعاهد الوطنية للصحة» (التي يتفرع منها المعهد الوطني للصحة النفسية): «يشير الكونكتوم إلىٰ شبكة العصبونات ذات الترابط الرائع الموجودة في دماغك؛ ومثل الجينوم، والميكروبيوم، وغيرهما من مجالات «أوم» المثيرة، فقد صارت عملية رسم خريطة الكونكتوم وفك تشفير الإشارات الكهربائية التي تنطلق عبرها لتوليد أفكارك، ومشاعرك، وسلوكياتك، صارت تلك العملية ممكنة من خلال ظهور أدوات وتقنيات جديدة قوية٣٧،»؛ ويجري الآن رسم الكونكتوم رسمًا مفصّلًا تحت إشراف المعهد الوطني للصحة النفسية.

ريثما ننتظر نتائج هذه الأبحاث، أود إعطاء الكلمة الأخيرة لليزا، تلك الناجية التي عرّفتني علىٰ إمكانات الارتجاع العصبي الهائلة، فعندما طلبت منها تلخيص ما انتفعت به من العلاج قالت: «لقد هدَّأني، وأوقف التفارق، كما صار بمقدوري استخدام مشاعري؛ وكففت عن الفرار منها، ولم أعد رهينة في قبضتها. قد لا أستطيع إطفاءها وتشغيلها، لكنني أستطيع إزاحتها جانبًا؛ وقد أكون حزينة بشأن الإساءة التي مررت بها، لكنني أستطيع إزاحتها جانبًا. وأستطيع الآن أن أهاتف إحدىٰ صديقاتي وألا أتحدث عن الإساءة إذا لم أكن راغبة في الحديث عنها، وأستطيع القيام بمهامي الدراسية أو تنظيف شقتي. لقد صارت عواطفي الآن تعني شيئًا ما، ولم أعد قلقة طيلة الوقت، وحين أشعر بالقلق، أستطيع التأمل في ذلك؛ فإذا كان القلق قادمًا من الماضي، فيمكنني العثور عليه هناك، أو يمكنني النظر في كيفية ارتباطه بحياتي الآن. كما أن فكري لم يعد مقتصرًا علىٰ الانفعالات السلبية، كالغضب والقلق؛ إذ صار بمقدوري التأمل في الحب والحميمية أو الانجذاب الجنسي، ولم أعد في وضع القتال أو الفرار طيلة الوقت؛ كما انخفض ضغط دمي، ولم أعد متأهبة جسديًّا للفرار الفوري في أي

---

(1) human connectome.

لحظة أو للدفاع عن نفسي من هجوم محتمل. كما أتاح لي الارتجاع العصبي أن أحظىٰ بعلاقة، وهكذا حررني فأصبحت أعيش حياتي كما أرغب، وهذا لتحرري من رِقّ كيف انجرحت وما فعله الجرح بي».

وبعد أربع سنوات من مقابلتي لها وتسجيلي لمحادثاتنا، تخرجت ليزا في كلية التمريض وكانت من الأوليات علىٰ مستوىٰ دفعتها، وهي تعمل الآن ممرضة في مستشفىٰ محلي وبدوام كامل.

الفصل العشرون
الإعراب عن نفسك
الإيقاعات الجماعية والمسرح

لا يتمحور التمثيل حول تقمص الشخصية بل حول اكتشاف الشخصية التي بداخلك: أنت الشخصية، ما عليك سوىٰ البحث عنها داخلك؛ وهذا رغم كونها نسخة مُوَسَّعَة جدًّا من نفسك.

- تينا باكر Tina Packer

كثير من العلماء الذين أعرفهم قد ألهمتهم مشاكل أطفالهم الصحية لإيجاد طرق جديدة لفهم العقل، والدماغ، والعلاج؛ ثم كان تعافي ابني من المرض الغامض الذي نسميه «متلازمة التعب المزمن»[1] -لعدم وجود اسم أفضل-، كان تعافيه منه مقنعًا إياي بإمكانيات المسرح العلاجية.

لقد قضىٰ نيك Nick معظم الصفين السابع والثامن في الفراش، منتفخ البطن بسبب الحساسيات المختلفة والأدوية التي كانت ترهقه جدًّا لدرجة عجزه عن الذهاب إلىٰ المدرسة؛ وكنت أراه أنا وأمه يترسخ في هوية الفتىٰ المنعزل الكاره لذاته، وكنا تائقين إلىٰ مساعدته؛ وعندما لاحظت والدته أنه كان يكتسب قدرًا قليلًا من الطاقة حوالي الساعة ٥,٠٠ مساءً، ألحقناه بدرسٍ مسائي في المسرح الارتجالي حيث ستتاح له علىٰ الأقل فرصة التفاعل مع الأولاد والبنات

(1) chronic fatigue syndrome.

الآخرين الذين في مثل مرحلته العمرية؛ فانضم إلىٰ المجموعة، ثم انتقل منها إلىٰ التدريبات التمثيلية وسرعان ما نال دوره التمثيلي الأول: الفتىٰ «أكشن» Action في مسرحية «قصة الحي الغربي» West Side Story، وهو فتىٰ قوي شديد جاهز للعراك في أي وقت وله دور قيادي في أغنية «عجبًا أيها الضابط كروبكي»[1].

وذات يوم في بيتنا ضبطته وهو يمشي متبخترًا، يمارس كيف يبدو الشخص ذو السطوة والنفوذ؛ فهل كان بذلك يستنبت الحس الجسدي باللذة، متخيلًا نفسه شابًا قويًا يحظىٰ بالاحترام؟

بعد ذلك قام بتأدية دور «ذا فونز» The Fonz في مسرحية «الأيام السعيدة» Happy Days، وإن إعجاب الفتيات به وحفاظه علىٰ حب الجمهور له أصبحا نقطة التحول الحقيقية في تعافيه؛ وعلىٰ عكس خبراته السابقة مع المعالجين الكثيرين الذين كانوا يتكلمون معه حول مدىٰ شعوره بالاستياء، فقد منحه المسرح فرصة لاختبار كيف يبدو الأمر لو كان شخصًا آخر غير الصبي المتصف بإعاقة التعلم وفرط الحساسية الذي كان قد صار شيئًا فشيئًا إليه؛ إن كونه مساهمًا مهمًّا في المجموعة قد منحه الاختبار الحشوي للقوة والكفاءة، وأعتقد أن هذه النسخة الجديدة المتجسِّدة من نفسه قد جعلته علىٰ الصراط الذي أدىٰ به إلىٰ الراشد المبدع والمحِب الذي هو عليه اليوم.

إن علاقتنا بأجسادنا وإيقاعاتها هي ما تحدد حِسنا بالوكالة، التي هي مدىٰ شعورنا بالسيطرة؛ إن استيقاظنا، ونومنا، وكيفية أكلنا، وجلوسنا، ومشينا، كل ذلك يحدد معالم حياتنا. وكي نعرب عن نفسنا، يجب أن نكون أولًا حاضرين في أجسادنا؛ قادرين علىٰ أن نتنفس تنفسًا تامًّا وقادرين علىٰ ولوج أحاسيسنا الداخلية؛ وهذا ضد التفارق: «خروجك من الجسد» وملاشاة نفسك من الوجود؛ كما أنه ضد الاكتئاب: الاستلقاء المنهار أمام شاشة توفر ترفيهًا سلبيًا. وهكذا يمكننا فهم التمثيل بأنه خبرة استخدامك جسدك لتأخذ مكانك في الحياة.

(1) Gee, Officer Krupke.

مسرح الحرب

لم يكن التغير الجذري الذي حدث لنيك هي المرة الأولىٰ التي أشهد فيها فوائد المسرح؛ ففي عام ١٩٨٨م، كنت لا أزال أعالج ثلاثة محاربين قدامىٰ مصابين باضطراب الكرب التالي للصدمة كنت التقيت بهم في «شؤون المحاربين»، ثم حين أظهروا تحسنًا مفاجئًا في حيويتهم، وتفاؤلهم، وعلاقاتهم الأسرية، عزوت ذلك إلىٰ مهاراتي العلاجية المتنامية، لكنني اكتشفت أن الثلاثة كانوا مشاركين في عرض مسرحي:

لرغبتهم في تجسيد محنة قدامىٰ المحاربين المتشردين، أقنعوا الكاتب المسرحي ديفيد ماميت David Mamet -الذي كان يعيش بالجوار- بالاجتماع أسبوعيًّا مع مجموعتهم لابتكار سيناريو يدور حول خبراتهم، ثم قام ماميت باستجلاب آل باتشينو Al Pacino، ودونالد ساذرلاند Donald Sutherland، ومايكل فوكس Michael J. Fox إلىٰ بوسطن لقضاء أمسية تسمىٰ «اسكتشات الحرب» Sketches of War، والتي كانت تجمع تبرعات لتحويل عيادة «شئون المحاربين» -التي كنت قد قابلت فيها مرضاي- إلىٰ ملجأ للمحاربين القدامىٰ المشرَّدين١. ولقد كان وقوفهم علىٰ خشبة المسرح برفقة ممثلين محترفين، وتحدثهم عن ذكرياتهم عن الحرب، وقراءتهم لنصوصهم الشعرية، كانت تلك خبرة أشد تحويلية مما قد يقدمه أي أسلوب علاجي لهم.

منذ العصور السحيقة وقد استخدم البشر الشعائر الجماعية للتكيف مع أعتىٰ مشاعرهم وأشدها إرعابًا، بل يبدو أن مسرح «اليونان القديمة» قد نبت من طقوس دينية تضمنت الرقص، والغناء، وإعادة تمثيل القصص الأسطورية؛ وبحلول القرن الخامس قبل الميلاد، صار المسرح يلعب دورًا مركزيًّا في الحياة المدنية، وكان الجمهور يجلسون حول المسرح في شكل حدوة الحصان، مما يمكنهم من رؤية انفعالات بعضهم بعضًا وردود فعلهم.

ربما كانت الدراما اليونانية بمثابة إعادة إدماج شعائرية بالنسبة للمحاربين القدامىٰ؛ فحين كتب إسخيلوس Aeschylus ثلاثيةَ «أوريستيا» Oresteia، كانت مدينة

أثينا تحارب في ست جبهات، وتبدأ دورة التراجيديا حين يُقتَل الملك أجاممنون علىٰ يد زوجته كليتمنسترا بعد عودته من الحرب، وذلك لتضحيته بابنتهما قبل الإبحار إلىٰ حرب طروادة؛ ونظرًا لأن كل مواطن راشد في أثينا كان مطالبًا بأداء الخدمة العسكرية، فمما لا شك فيه أن الجمهور كان متألفًا من المحاربين القدامىٰ والمجنَّدين الذين في إجازة، كما يتحتم كون الممثلين أنفسهم مواطنين مجنَّدين[1].

كان سوفوكليس Sophocles كبير ضباط في حروب أثينا ضد الفُرْس، ومن يقرأ مسرحيته «أياكس» Ajax -التي تنتهي بانتحار أحد أعظم أبطال حرب طروادة- يجدها شبيهة بوصف كتابٍ مرجعي للكرب الصدمي؛ وفي عام ٢٠٠٨م قام الكاتب والمخرج برايان دويريز Bryan Doerries بتدبيرات لقراءة رواية «أياكس» مع خمسمائة من جنود المارينز في سان دييغو وكان مذهولًا من استقبالهم لها (وكالعديد من الذين يعملون مع الصدمات، فقد كان إلهام دوريس نابعًا من أمر شخصي؛ إذ كان قد درس الأدب الكلاسيكي في الكلية، ثم حين فقد خليلته التي توفيت من «التليف الكيسي» لجأ إلىٰ النصوص اليونانية لاستمداد السلوان)؛ ولقد تنامىٰ من ذلك الحدث الأول مشروعُه «ذا ثيتر أوف وور (مسرح الحرب») The Theater of War، ثم بتمويل من وزارة الدفاع الأمريكية تم تقديم هذه المسرحية -التي يبلغ عمرها ٢٥٠٠ سنة- منذ ذلك الحين أكثر من مائتي مرة في الولايات المتحدة وخارجها للتعبير عن محنة المحاربين القدامىٰ وتعزيز الحوار والتفاهم لدىٰ عائلاتهم وأصدقائهم٢.

يعقب عروضَ «ذا ثيتر أوف وور» مناقشةٌ علىٰ غرار مناقشات مجلس البلدية، ولقد حضرتُ قراءة لـ «أياكس» في كامبريدج، ماساتشوستس، بعد فترة وجيزة من إعلان وسائل الإعلام الإخبارية عن زيادة حالات انتحار المحاربين القدامىٰ خلال آخر ثلاث سنوات بنسبة ٢٧ في المائة؛ وهناك اصطف خلف

(١) هم مجموعة من المواطنين العاديين يتدربون للخدمة العسكرية ليكونوا مستعدين للدفاع عن دولتهم أو بلدهم في أوقات الطوارئ. (المترجم).

الميكروفون حوالي أربعين شخصًا -مزيج من محاربي فيتنام القدامي، وزوجات العسكريين، ورجال ونساء كانوا قد خدموا في العراق وأفغانستان وتم تسريحهم مؤخرًا-، واقتبس الكثير منهم سطورًا من المسرحية حين تحدثهم عن لياليهم المؤرَّقة، وإدمانهم المخدرات، واغترابهم عن عائلاتهم، وكان الجو ممتلئًا بالإثارة الحماس؛ بعد ذلك تجمَّع الجمهور في الرَّدْهَة، فرأيت بعضهم يبكي والبعض الآخر منخرطًا في محادثة عميقة.

وكما قال Doerries لاحقًا: «إن كل من يحتك بالألم البالغ، أو المعاناة، أو الموت لا يلاقي صعوبة في فهم الدراما اليونانية؛ والأمر برمته متعلق بتَحَمُّل شهود قصص المحاربين القدامیٰ»[٣].

تماسك الجماعة بالإيقاع الموسيقي

تؤدي الحركة والموسيقیٰ الجماعيَّتان إلیٰ خلق سياق أكبر لحياتنا، معنیٰ يتجاوز مصيرنا الفردي؛ ومن اللافت للنظر أن الطقوس الدينية جمعاء تنطوي علیٰ حركات إيقاعية: من صلاة اليهود عند «حائط المبكیٰ» بمدينة القدس، إلیٰ ترانيم وإيماءات «القُدَّاس الكاثوليكي»، إلیٰ التأمل التحريكي في الشعائر البوذية، إلیٰ الصلوات الإيقاعية التي يؤديها المسلمون الملتزمون خمس مرات في اليوم.

كما كانت الموسيقیٰ العمود الفقري لحركة الحقوق المدنية في الولايات المتحدة، وكل من شهد تلك الفترة سيستحضر حتمًا ذكریٰ صفوف المتظاهرين الممسكين بأيدي بعضهم بعضًا وهم يغنون «لَنغلبنَّ» We Shall Overcome أثناء سيرهم بعزم نحو الشرطة التي احتشدت لإيقافهم؛ وهكذا تقوم الموسيقیٰ بمشابكة الذين ربما يشعرون فرديًا بالارتعاب ولكن يصيرون جماعيًّا منافحين أقوياء عن أنفسهم وعن الآخرين؛ فإلیٰ جانب اللغة، فإن الرقص، والمسيرات، والغناء، كل هذه طُرُق بشرية فريدة لاستنبات حس الأمل والشجاعة.

لقد لاحظت قوة الإيقاعات الجماعية حين شاهدت رئيس الأساقفة ديزموند توتو Desmond Tutu وهو يعقد جلسات استماع علنية لـ «لجنة الحقيقة والمصالحة» في جنوب إفريقيا عام ١٩٩٦م، إذ كانت هذه الفعاليات مؤطَّرة

بالغناء والرقص الجماعيين؛ وكان الشهود يروون الفظائع التي تعجز الكلمات عن وصفها التي كانت قد فُعِلَت بهم وبعائلاتهم، ثم حين ينسحقون تحت وطأة ذلك كان توتو يقاطع شهادتهم ويقود الجمهور بأكمله إلىٰ الدعاء، والغناء، والرقص إلىٰ أن يقتدر الشهود علىٰ احتواء نشيج أنفسهم وإيقاف انهيارهم الجسدي؛ وقد مكّن ذلك المشاركين من «البندلة» في إعادة عيش رعبهم ومن العثور في نهاية المطاف علىٰ كلمات لوصف ما كان قد حدث لهم. وإنني لأعترف بفضل توتو وعضو اللجنة الآخر في درء ما كان من الممكن أنْ يصير عربدة انتقامية، كما هو شائع جدًّا حين يتم إطلاق سراح الضحايا أخيرًا.

قبل بضع سنوات اكتشفت كتاب «تماسك الجماعة بالإيقاع الموسيقي» Keeping Together in Time، الذي ألفه المؤرخ العظيم ويليام ماكنيل William H. McNeill قرب نهاية مسيرته المهنية، ويتناول هذا الكتابُ القصير الدورَ التاريخي للرقص والتدريبات العسكرية في خلق ما يسميه ماكنيل «الترابط العضلي»، كما يلقي ضوءًا جديدًا علىٰ أهمية المسرح، والرقص الجماعي، والحركة؛ كما أنه حل لغزًا طال مكوثه في ذهني: إذ أثناء ترعرعي في هولندا، لطالما تساءلت كيف تمكنت مجموعة من الفلاحين والصيادين الهولنديين البسطاء من نيل تحررهم من الإمبراطورية الإسبانية العظيمة! إن «حرب الثمانين عامًا»[1] -التي بدأت في أواخر القرن السادس عشر واستمرت إلىٰ منتصف القرن السابع عشر- قد بدأت كسلسلة من عمليات حرب العصابات، ثم بدا أنها ستظل علىٰ هذا النحو نظرًا لأن الجنود غير المنضبطين ذوي الأجور المتدنية كانوا يفرون عند وابل نيران البنادق.

لكن هذا تغير عندما صار الأمير موريس Prince Maurice زعيم المتمردين الهولنديين، فقد كان لا يزال في أوائل العشرينات من عمره، وكان قد أتم في الآونة الأخيرة دروس تعلم اللاتينية، مما مكنه من قراءة كتيبات رومانية عمرها ١٥٠٠ عام عن التكتيكات العسكرية؛ فعلم أن الجنرال الروماني ليكورغوس

(1) Eighty Years' War.

Lycurgus كان قد أدخل المسيرة خطوة بخطوة في الجحافل الرومانية وأن المؤرخ بلوتارخ Plutarch كان قد نسب مَتْعَتَهم إلىٰ هذه الممارسة: «لقد كان مشهدًا رائعًا وفظيعًا في آن واحد، أن تراهم يسيرون علىٰ أنغام مزاميرهم، دون أي اضطراب في صفوفهم، ولا أي ارتباك في أذهانهم أو تغير في قسمات وجوههم، ذاهبين مع الموسيقىٰ في هدوء وبشاشة إلىٰ تلك المعركة المهلكة».

فأنشأ الأمير موريس تدريب المسيرة العسكرية، مصحوبًا بالطبول، والمزامير، والأبواق، في جيشه الخشن؛ وإن هذه الطقوس الجماعية لم تقدم لرجاله حس الغاية والتكاتف فحسب، بل مكنتهم أيضًا من تنفيذ المناورات المعقدة؛ ثم انتشر تدريب المسيرة العسكرية لاحقًا في جميع أنحاء أوروبا، وحتىٰ يومنا هذا تنفق قوات الجيش الأمريكي الرئيسية إنفاقًا سخيًّا علىٰ فِرَقِها الموسيقية العسكرية، رغم أن المزامير والطبول لم تعد ترافق الجنود في المعركة.

أخبرني عالم الأعصاب جاك بانكسيب Jaak Panksepp، المولود في دولة إستونيا الصغيرة، بالقصة الرائعة لـ «ثورة الغناء» الخاصة بإستونيا: في شهر يونيو ١٩٨٧م، في واحدة من تلك الأمسيات الصيفية السرمدية للمنطقة جار القطبية الشمالية، قام أكثر من عشرة آلاف من الحاضرين في «مهرجان تالين الغنائي»(١) بمشابكة أيديهم وبدؤوا في غناء الأغاني الوطنية التي ظلت محظورة خلال نصف قرن من الاحتلال السوفيتي؛ واستمرت هذه المهرجانات الغنائية والاحتجاجات كل مرة، ثم في ١١ سبتمبر ١٩٨٨م تجمع ثلاثمائة ألف شخص -حوالي ربع سكان إستونيا- للغناء والمطلب العام بالاستقلال؛ وبحلول أغسطس ١٩٩١م أعلن كونغرس إستونيا استعادة الدولة الإستونية، ثم حين حاولت الدبابات السوفيتية التدخل، اصطف الناس في هيئة دروع بشرية لحماية محطات الإذاعة والتلفزيون في مدينة تالين؛ وعلىٰ حد قول كاتب عمود في صحيفة نيويورك تايمز: «تخيل ذلك المشهد الذي في فيلم «كازابلانكا» Casablanca، حيث يغني

(1) Tallinn Song Festival Grounds.

الرعاة الفرنسيون نشيد «لامارسييز» La Marseillaise لمجابهة الألمان، ثم اضرب ذلك في نفسه آلاف المرات، وحينئذ ستكون علىٰ أعتاب تخيل القوة الفعلية لـ «ثورة الغناء» آنذاك»٦.

علاج الصدمة من خلال المسرح

من المدهش قلة الأبحاث الموجودة حول كيفية تأثير المراسم الجماعية علىٰ الذهن والدماغ وكيف يمكنها أن تلعب دورًا في الوقاية من الصدمة أو تلطيفها، ومع ذلك فقد أتيح لي خلال العقد الماضي فرصة ملاحظة ثلاثة برامج مختلفة لعلاج الصدمات من خلال المسرح ودراستها؛ وهي:

«إربان إمبروڤ» Urban Improv في بوسطن٧؛ والذي ألهمنا لتأسيس برنامج «تروما دراما» Trauma Drama في «مدارس بوسطن العامة»[1] وفي مراكزنا الإقامية٨.

١) «بوسيبيليتي بروجكت» Possibility Project، الذي كان يديره بول غريفن Paul Griffin في مدينة نيويورك٩.

٢) «شكسبير أند كمباني» Shakespeare & Company، في مدينة لينوكس، ماساتشوستس، الذي يدير برنامجًا للأحداث الجانحين اسمه «شكسبير إن ذا كورتس١٠» Shakespeare in the Courts.

وفي هذا الفصل سأركز علىٰ هذه المجموعات الثلاث، لكن يوجد العديد من البرامج الدرامية العلاجية الممتازة في الولايات المتحدة وخارجها، مما يجعل المسرح مصدرًا متاحًا علىٰ نطاق واسع للتعافي.

علىٰ الرغم من الاختلافات التي بينها، فجميع هذه البرامج لديها أساس مشترك: مجابهة الحقائق الحياتية المؤلمة والتحول الرمزي من خلال الفعل الجماعي؛ ومن اللافت للنظر أن الحب والكراهية، والعدوان والاستسلام، والولاء والخيانة، كل هذه الأمور هي أساسيات المسرح وأساسيات الصدمة

(1) Boston Public Schools.

أيضًا؛ لكن ثقافتنا قد دربتنا علىٰ عزل أنفسنا عن حقيقة ما نشعر به، ولمداواة هذا الأمر تقول تينا باكر، وهي مؤسسة برنامج «شكسبير أند كمباني»: «يتضمن تدريبُ الممثلين تدريبَ الناس علىٰ مواجهة هذا النزوع؛ ولا يقتصر هذا علىٰ أن يشعروا بعمق، بل ينطوي أيضًا علىٰ توصيل هذا الشعور في كل لحظة إلىٰ الجمهور، حتىٰ يتفهموه، فلا يغلقون أبوابهم في وجهه».

يصير المصدومون مرتعبين من الشعور العميق، كما يخافون من اختبار انفعالاتهم، لأن الانفعالات تؤدي إلىٰ فقدان السيطرة؛ وعلىٰ النقيض من ذلك يتمحور المسرح حول تجسيد الانفعالات، والسماح لها بالتعبير عن نفسها، والانخراط بشكل إيقاعي، وتقمص الأدوار المختلفة وتجسيدها.

وكما رأينا سابقًا، فإن جوهر الصدمة هو الشعور بالاغتراب الموحش، الانعزال عن الجنس البشري؛ لكن المسرح يتضمن مجابهة جماعية لحقائق الظروف البشرية؛ وعلىٰ حد تعبير بول غريفن، أثناء شرحه لي برنامجه المسرحي الموجه لأطفال دور التبني: تدور مواد التراجيديا في المسرح حول التكيف مع الخيانة، والاعتداء، والدمار؛ وهؤلاء الأطفال لا يلاقون صعوبة في فهم ما تتمحور حوله مسرحية «لِير» أو «عُطِيل» أو «مكبث» أو «هَمْلِت»؛ وبكلمات تينا باكر: «الأمر برمته متمحور حول استخدام جسدك كله وترديد الأجساد الأخرىٰ أصداء مشاعرك، وعواطفك، وأفكارك». وهكذا يمنح المسرح الناجين من الصدمات فرصة التواصل مع بعضهم بعضًا من خلال اختبار إنسانيتهم المشتركة اختبارًا عميقًا.

كما يكون لدىٰ المصدومين خوفٌ من الصراع، إذ يخشون فقدان السيطرة، وبالتالي ينتهي بهم المطاف في الجانب الخاسر مجددًا؛ لكن الصراع هو محور المسرح: الصراعات الداخلية، والصراعات الشخصية، والصراعات الأسرية، والصراعات الاجتماعية، وعواقب كل ذلك. وفي حين أن الصدمة متمحورة حول محاولة النسيان، وإخفاء مدىٰ خوفك، أو حنقك، أو عجزك؛ فالمسرح متمحور حول إيجاد طرق للتصريح بالحقيقة وتوصيل الحقائق العميقة إلىٰ جمهورك؛ وهذا

يتطلب منك تخطي العراقيل لاكتشاف حقيقتك أنت، واستكشاف خبرتك الداخلية وفحصها حتىٰ يبزغ نورها في صوتك وجسدك علىٰ خشبة المسرح.

تأمين الأوضاع للانخراط

هذه البرامج المسرحية ليست معدة للممثلين الطموحين وإنما للمراهقين الغاضبين، الخائفين، الجامحين أو للمحاربين القدامىٰ المنسحبين، السكّيرين، المحترقين داخليًّا؛ فعندما يأتون إلىٰ البروفة يجلسون منهارين في كراسيهم، خائفين من أن يرىٰ الآخرون علىٰ الفور مدىٰ فشلهم، كما يصير المراهقون المصدومون مزيجًا من أشياء مبعثرة: تجنبيين، ومتكتمين، وغير متناغمين، وعديمي التنسيق، وعديمي الغاية؛ هذا ويكون لديهم فرط تيقظ شديد يعجزهم عن ملاحظة ما يجري حولهم، كما يكون من السهل استثارتهم ويعوّلون علىٰ الفعل لا الكلام للتخلص من مشاعرهم.

يتفق جميع المخرِجين الذين عملت معهم علىٰ أن السر يكمن في التروّي والتمهل ودفعهم رويدًا رويدًا إلىٰ الانخراط؛ فالتحدي الأولي ليس سوىٰ جعل المشاركين أكثر حضورًا في الغرفة، وها هو كيفن كولمان Kevin Coleman -مخرج «شكسبير إن ذا كورتس»- يصف عمله مع المراهقين عندما أجريت معه مقابلة: «بادئ ذي بدء، ننهضهم من مقاعدهم وندفعهم للتجول في الغرفة، ثم نشرع في خلق توازن في المكان، بحيث لا يتجولون دون هدف، ويصيرون واعين بالآخرين؛ ثم رويدًا رويدًا، مع بعض التوجيه، نزيد من تعقيد الأمر، فنقول لهم: ما عليك سوىٰ المشي علىٰ أصابع قدميك، أو علىٰ كعبيك، أو المشي بظهرك للوراء، ثم حين تصطدم بشخص ما، اصرخ واسقط أرضًا؛ وبعد ثلاثين توجيهًا أو نحو ذلك، يصيرون يلوحون بأذرعهم في الهواء، ونصل إلىٰ إحماء الجسم بأكمله، لكن هذا ينبغي أن يحدث شيئًا فشيئًا؛ إذ أنك إذا وثبت وثبة أكبر مما ينبغي، فستراهم يرتطمون بالحائط.

«عليك أن تجعل الوضع آمنًا لهم حتىٰ يلاحظوا بعضهم بعضًا، وبمجرد أن تزداد حرية أجسادهم شيئًا قليلًا، أستخدم التوجيه الآتي: «لا تجري اتصالًا عينيًّا

مع أحد، انظر للأرض فحسب»؛ فيتأمل معظمهم قائلًا: «عظيم، أنا أفعل ذلك أصلًا»، لكنني بعد ذلك أقول «ابدأ الآن في ملاحظة الناس أثناء مرورك، لكن لا تدعهم يرون أنك تنظر». وبعد ذلك: «أَجرِ اتصالًا عينيًّا لمدة ثانية فحسب»، ثم: «الآن، كف عن الاتصال العيني ... الآن، اتصال ... الآن، لا اتصال. الآن، أجرِ اتصالًا عينيًّا وأبقِ عليه ... زمنًا أطول من اللازم؛ ويمكنك معرفة متىٰ يكون هذا الزمن أطول من اللازم حين تجد نفسك راغبًا إما في البدء في مواعدة هذا الشخص وإما في عراكه، فحينئذ يكون الزمن أطول من اللازم».

«إنهم لا يجرون هذا النوع من الاتصال العيني المطوَّل في حياتهم العادية، ولا حتىٰ مع الشخص الذي يتحدثون إليه؛ إذ أنهم يجهلون ما إذا كان هذا الشخص آمنًا أم لا، لذا فما تفعله هو تأمين الوضع لهم كيلا يختفوا أو يتلاشوا حين يجرون الاتصال العيني، أو حين ينظر إليهم شخص ما؛ رويدًا رويدًا، شيئًا فشيئًا..».

يصير المراهقون المصابون بصدمات نفسية منعدمي التزامن إلىٰ حد ملحوظ، لذا ففي برنامج «تروما دراما» الخاص بـ «تروما سنتر»، نستخدم تمارينَ العكس المرآتي لمساعدتهم علىٰ التناغم مع بعضهم بعضًا: يرفعون ذراعهم اليمنىٰ فيعكس شريكهم ذلك؛ ويستديرون فيستدير شريكهم استجابة لذلك؛ وبهذا يشرعون في ملاحظة كيف تتغير حركات الجسم والتعبيرات الوجهية، واختلاف حركاتهم الطبيعية عن حركات الآخرين، وما تشعرهم به الحركات والتعبيرات غير المألوفة؛ وهكذا يخفف الانعكاس من انشغالهم برأي الآخرين فيهم ويساعدهم علىٰ التناغم حشويًّا -وليس معرفيًّا- مع خبرة شخص آخر. وحين ينتهي الانعكاس بالقهقهات، يكون هذا مؤشرًا أكيدًا علىٰ أن المشاركين شاعرون بالأمان.

لكي يصبح هؤلاء الأطفال شركاء حقيقيين، يحتاجون أيضًا إلىٰ تعلم الثقة ببعضهم بعضًا؛ ويتمثل التحدي في الصعوبة الشديدة التي يلاقونها أثناء التمرين الذي يكون فيه الطفل معصوب العينين وشريكه يقتاده باليد، بل إن ارتعابهم من دور القائد -من أن يثق بهم شخص متعرض- غالبًا ما يكون مماثلًا لارتعابهم من

دور عصب العينين والانقياد. وفي بداية الأمر قد لا يمكثون في الدور إلا ١٠ ثوانٍ أو ٢٠ ثانية علىٰ الأكثر، لكننا نعمل رويدًا رويدًا علىٰ استدامة ذلك حتىٰ نصل إلىٰ خمس دقائق؛ وحتىٰ بعد ذلك نجد بعضهم مضطرًا إلىٰ الانطفاء من تلقاء نفسه لبعض الوقت، وذلك لأن شعورهم بهذه الاتصالات يصيبهم بانسحاق انفعالي شديد.

إن الأطفال والمخاربين المصدومين الذين نعمل معهم يشعرون بالحرج من مشاهدة الآخرين لهم، كما يخافون من الاتصال بما يشعرون به، ويتجنبون التقارب والألفة فيما بينهم؛ وعلىٰ الجانب الآخر، فإن وظيفة أي مخرج -كوظيفة أي معالج- هي إبطاء الأمور حتىٰ يتمكن الممثلون من تشييد علاقة بينهم وبين أنفسهم، بينهم وبين أجسادهم؛ وهكذا يقدم المسرح طريقة فريدة لولوج طائفة كاملة من العواطف والأحاسيس الجسدية التي لا تجعلهم فحسب علىٰ اتصال بـ «أنماطهم» الجسدية المعتادة، بل تمكّنهم أيضًا من استكشاف طرق بديلة للانخراط في الحياة.

إربان إمبروف

أحب ابني فريقَه المسرحي، الذي كان تحت إدارة «إربان إمبروف»، وهي مؤسسة عتيقة في بوسطن مختصة بالفنون، وظل معهم خلال المرحلة الثانوية ثم تطوع للعمل معهم في الصيف التالي لعامه الجامعي الأول؛ وحينها علم أن برنامج منع العنف التابع لـ «إربان إمبروف» -والذي قد أقام المئات من ورش العمل في المدارس المحلية منذ عام ١٩٩٢م- قد تلقىٰ منحة بحثية لتقييم فعاليته، وأنهم كانوا يبحثون عن شخص لرئاسة الدراسة، فاقترح نيك علىٰ المخرجَين، كيبي ديوي Kippy Dewey وسيسا كامبيون Cissa Campion، أن والده سيكون الشخص المثالي لهذا المنصب، ولحسن حظي أنهما وافقا.

بدأت في زيارة المدارس مع فرقة «إربان إمبروف» متعددة الثقافات، والتي كانت متألفة من مُخرجٍ وعازف وأربعة ممثلين محترفين لتعليم أفراد الفرقة: يبتكر «إربان إمبروف» مقاطع مسرحية مكتوبة تصف المشكلات المختلفة التي يواجهها

الطلاب يوميًّا: الاستبعاد من مجموعات الأقران، والغيرة، والتناحر والغضب، والنزاع الأسري؛ كما أن العروضَ التمثيلية الخاصة بالطلاب الأكبر سنًّا تتناول قضايا أخرىٰ: كالمواعدة والأمراض المنقولة جنسيًّا، ورهاب المثلية[1]، وعنف الأقران. وفي العرض التقديمي المعتاد، يصور الممثلون المحترفون مشهد مجموعة أطفال تستبعد الوافد الجديد من طاولة الغداء في المَقصِف (الكافتيريا)، وحين يقترب المشهد من نقطة اختيار؛ كاستجابة الطالب الجديد لاستهزاءاتهم، يُجَمِّد المخرج العملية، ثم يدعو أحد أعضاء الصف ليحل محل أحد الممثلين ويظهر كيف سيشعر أو يتصرف في هذا الموقف؛ فتُمكّن هذه السيناريوهات الطلابَ من ملاحظة المشكلات اليومية مع قليل من البعد الانفعالي أثناء تجريب الحلول المختلفة: هل سيجابهون المتنمرين، هل سيتحدثون إلىٰ صديق، هل سينادون مُعلّم الصف، هل سيخبرون والديهم بما حدث؟

ثم يُطلب من متطوع آخر تجربة نهج مختلف، حتىٰ يتمكن الطلاب من رؤية كيف يمكن أن تؤدي الخيارات الأخرىٰ إلىٰ نتائج مختلفة، وتساعد الدعائمُ[2] والأزياء المشاركين علىٰ المجازفة بلعب أدوار جديدة، وكذلك جو المرح والدعم من الممثلين. وفي مجموعات المناقشة بعد ذلك، يجيب الطلاب عن أسئلة مثل «كيف كان هذا المشهد مشابهًا أو مختلفًا عما يحدث في مدرستك؟»، «كيف تحصل علىٰ الاحترام الذي تحتاجه؟»، و«كيف تحل خلافاتك؟»، وتصبح هذه المناقشات تبادلات حيوية حيث يتطوع العديد من الطلاب بآرائهم وأفكارهم.

قام فريق «تروما سنتر» بتقييم مستويين من الصفوف في سبع عشرة مدرسة مشاركة في هذا البرنامج، ثم قورنت الفصول المشاركة بالفصول المماثلة غير المشاركة، فوجدنا استجابة إيجابية كبيرة علىٰ مستوىٰ الصف الرابع؛ فعند تقييم النتائج بمقاييس التصنيف المعيارية للعدوان، والتعاون، وضبط النفس: أظهر

(١) الخوف مع الكراهية لمن لديه ميول للممارسة الجنسية مع أشخاص من نفس الجنس. (ح).
(٢) مثل الأوشحة، والنظارات، والقبعات إلخ (المترجم).

طلاب مجموعة «إربان إمبروف» عددًا أقل بكثير من الشجارات وثورات الغضب، والمزيد من التعاون وتوكيد الذات مع الأقران، والمزيد من الانتباهية والانخراط في الفصل١١. ولدهشتنا الكبيرة، فلم تكن نتائج تلاميذ الصف الثامن مضاهية لتلك، فما الذي حدث إذن في تلك الفترة الفاصلة مما أثر علىٰ استجاباتهم؟ في بادئ الأمر لم يكن لدينا سوىٰ انطباعاتنا الشخصية لتفسير ذلك؛ فعندما كنت أزور فصول الصف الرابع كنت أندهش من براءتهم العميقة وتلهفهم إلىٰ المشاركة، وعلىٰ النقيض من ذلك، فغالبًا ما كنت أجد طلاب الصف الثامن متجهمين ودفاعيين، كما بدا أنهم -كمجموعة- قد فقدوا عفويتهم وتلقائيتهم وحماسهم؛ كما كانت بداية مرحلة البلوغ أحد عوامل التغير الواضحة، ولكن هل يمكن أن يكون هناك عوامل أخرىٰ؟

عندما زاد تعمقنا، وجدنا أن الأطفال الأكبر سنًّا كانوا قد اختبروا صدمات أكثر من ضِعف التي تعرض لها الأطفال الأصغر: كان كل تلميذ بالصف الثامن في هذه المدارس الأمريكية المحلية قد شهد عنفًا خطيرًا، كما كان ثلثاهم قد عاينوا خمس حوادث أو أكثر، بما في ذلك الاشتباكات المسلحة، والطعن، والقتل، والاعتداءات المنزلية. وأظهرت بياناتنا أن طلاب الصف الثامن الذين لديهم مستويات عالية من التعرض للعنف كانوا أكثر عدوانية بشكل ملحوظ من الطلاب الذين ليس لديهم هذه التواريخ وأن البرنامج لم يحدث فرقًا كبيرًا في سلوكهم.

قرر فريق «تروما سنتر» معرفة ما إذا كان بإمكاننا تغيير هذا الموقف بابتكار برنامج أطول مدة وأشد كثافة يركز علىٰ بناء الفريق وتدريبات تنظيم الانفعالات، وذلك باستخدام سيناريوهات تتعامل تعاملًا مباشرًا مع أنواع العنف التي اختبرها هؤلاء الأطفال؛ وهكذا ظل أفراد طاقمنا -بقيادة جوزيف سبينازولا- يلتقون بممثلي «إربان إمبروف» أسبوعيًّا لبضعة أشهر للعمل علىٰ ابتكار السيناريوهات؛ كما قام الممثلون بتعليم أخصائيينا النفسيين الارتجالَ، والعكس المرآتي، والتناغم الجسدي الدقيق حتىٰ يتمكنوا من إظهار المجابهة، أو الخَوَر،

أو الارتعاد، أو الانهيار؛ كما قمنا بتعليم الممثلين عن موقدات الصدمات وكيفية تمييز إعادات تمثيل الصدمة والتعامل معها١٢.

خلال شتاء ٢٠٠٥م وربيعها، اختبرنا البرنامج الناتج في مدرسة نهارية متخصصة تديرها «مدارس بوسطن العامة» و«هيئة ماساتشوستس للإصلاح»[1]؛ وقد كانت هذه بيئة فوضوية حيث غالبًا ما كان الطلاب يتنقلون ذهابًا وإيابًا بين المدرسة والسجن، كما كانوا جميعًا متأتين من أحياء عالية الجريمة، بل كانوا قد عاينوا أعمال عنف مروعة، وآنذاك لم أكن قد رأيت في حياتي مجموعة أطفال متسمة بمثل هذا العدوان والتجهم؛ لذا ألقينا نظرة علىٰ حياة عدد جمٍّ من معلمي المدارس الإعدادية والثانوية الذين يتعاملون يوميًا مع الطلاب الذين تكون استجابتهم الأولىٰ للتحديات الجديدة هي الثوران أو الانسحاب المعاند.

لكننا صُعقنا عندما اكتشفنا الآتي: في المشاهد المنطوية علىٰ شخص واقع في خطر جسدي، دائمًا ما كان الطلاب يقفون في جانب المعتدين؛ فنظرًا لأنهم لم يكونوا يطيقون أي علامة ضعف في أنفسهم، فقد كانوا عاجزين عن قبولها لدىٰ الآخرين، ولم يُظهروا سوىٰ ازدرائهم للضحايا المحتملين، والصراخ بعبارات مثل: «اقتل تلك العاهرة، إنها تستحق ذلك» وذلك خلال مسرحية هزلية عن العنف في المواعدة.

في بادئ الأمر رغب بعض الممثلين المحترفين في الاستسلام؛ إذ تألموا جدًا من رؤية مدىٰ وضاعة هؤلاء الأطفال، لكنهم اصطبروا وثابروا، بل كنت مندهشًا من رؤيتهم وهم يستحثون الطلاب -الممانعين- رويدًا رويدًا علىٰ تجربة الأدوار الجديدة. وقرب نهاية البرنامج، صارت ثلة من الطلاب يتطوعون لأجزاء تتضمن إظهار الهشاشة أو الخوف، ثم حين حصل الطلاب علىٰ شهادة الإتمام الخاصة بهم، قدَّم بضعة منهم -علىٰ استحياء- رسومات إلىٰ الممثلين تعبر عن شكرهم وامتنانهم، كما استطعت رصد بعض الدموع في أعينهم، وفي نفسي أيضًا ربما.

---

(1) Massachusetts Department of Correction.

لا يزال «تروما دراما» جزءًا أساسيًّا من برامج العلاج الإقامي في «معهد موارد العدالة»[1]؛ لكن محاولتنا لجعله جزءًا معتادًا من مناهج الصف الثامن في «مدارس بوسطن العامة» ارتطمت للأسف بحائط المقاومة البيروقراطية؛ وهكذا يستمر تلاشي الموسيقىٰ، والمسرح، والفن، والرياضة، تلك الوسائل السرمدية لتعزيز الكفاءة والترابط الجماعي، يستمر تلاشيها من مدارسنا.

«ذا بوسيبيليتي بروجكت»

في «ذا بوسيبيليتي بروجكت» الذي أسسه بول غريفن في مدينة نيويورك لا يقدمون للطلاب الممثلين سيناريوهات مجهَّزة؛ بل يتقابل الأطفال ثلاث ساعات في الأسبوع لمدة تسعة أشهر، ويكتبون مقطوعاتهم الموسيقية الكاملة، ويؤدونها أمام بضع مئات من الناس. ولقد اكتسب «ذا بوسيبيليتي بروجكت» طاقمًا راسخًا وتقاليدًا عريقة خلال تاريخه البالغ عشرين عامًا؛ ويتكون كل فريقِ إنتاجٍ من حديثي التخرج الذين ينظمون كتابة السيناريو، وتصميم المشاهد، وابتكار الرقصات، والعروض التحضيرية؛ وهؤلاء الخريجون الجدد هم قدوات قوية التأثير، وعلىٰ حد قول بول لي: «عندما ينضم الطلاب إلىٰ البرنامج، يعتقدون أنه ليس بمقدورهم إحداث أي فرق؛ لكن إعداد برنامج كهذا يُعتبر تجربة تحويلية لمستقبلهم».

في عام ٢٠١٠م، ابتدأ بول برنامجًا جديدًا مخصصًا لشباب دور التبني، وهذه شريحة محفوفة بالمتاعب: إذ بعد خمس سنوات من مفارقتهم دور التبني لتجاوزهم العمر الأقصىٰ، سيصير حوالي ٦٠ بالمائة منهم مدانين بجريمة، وسيصير ٧٥ بالمائة مضمنًا في الإعانات الحكومية، بل لن يحصل منهم علىٰ شهادة جامعية -ولو محلية حتىٰ- إلا ٦ بالمائة فقط.

رغم أن «تروما سنتر» يعالج العديد من أطفال دور التبني، إلا أن غريفن مَنَحني منظورًا جديدًا لرؤية حياتهم: «إن فهم طبيعة دور التبني مشابه للتعرف علىٰ

---

(1) Justice Resource Institute.

دولة أجنبية، فإن لم تكن من مواطنيها فأنت لا تتحدث اللغة؛ فالحياة مقلوبة رأسًا علىٰ عقب بالنسبة لهؤلاء». إن الأمن والحب الذي يعتبره الأطفال الآخرون من المسلمات المفروغ منها يتعين علىٰ هؤلاء الأطفال تشييدهما لأنفسهم، لذا فعندما يقول غريفن: «الحياة مقلوبة»، فهذا معناه أنك إذا تعاملت مع أطفال دور التبني بحُبٍّ أو كرم، فغالبًا ما ستتفاجأ بأنهم يجهلون الانطباع المفترض أن يكون لديهم أو كيفية الاستجابة لذلك؛ فالوقاحة تبدو مألوفة أكثر بالنسبة لهم؛ والتهكم هو ما يفهمونه جيدًا.

وكما يشير غريفن: «الهجر يجعل الثقة مستحيلة، والأطفال الذين عاشوا في دور التبني فاطنون لمعنىٰ الهجر، لذا لا يمكن أن يكون لك أي تأثير عليهم إلا بعد وثوقهم بك». وهؤلاء الأطفال غالبًا ما يكونون تحت أيادي عدة أشخاص في موقع المسؤولية، فإذا رغبوا في تغيير المدرسة -علىٰ سبيل المثال-، يتعين عليهم التعامل مع المتبنين، ومسؤولي المدرسة، ووكالة دور التبني، وأحيانًا مع قاضي محكمة؛ وهذا يميل إلىٰ إكسابهم دهاءً سياسيًّا، ويصيرون بارعين في التلاعب بالناس.

في عالم دور التبني تُعتبَر «الدَيْمومَة» كلمة طنانة للغاية، فالشعار هو: «راشد واحد راعٍ: هذا هو كل ما تحتاجه»؛ ورغم ذلك فمن الطبيعي أن ينفر المراهقون من الراشدين، لذا يشير غريفن إلىٰ أن أفضل شكل من أشكال الدَيْمومَة بالنسبة للمراهقين هو مجموعة ثابتة من الأصدقاء، وهذا ما صُمِّم البرنامج لتوفيره. والكلمة الطنانة الأخرىٰ في دور التبني هي «الاستقلال»، والتي يعارضها بول بكلمة «التكافل»؛ ويشير قائلًا: «نحن جميعًا متكافلون»، «إن فكرة مطالبتنا لشبابنا بأن يخرجوا إلىٰ العالم بمفردهم تمامًا وأن يصفوا أنفسهم بالاستقلال لهي فكرة جنونية؛ وإنما نحتاج إلىٰ تعليمهم كيفية التكافل، مما يعني تعليمهم كيفية إقامة العلاقات».

وجد بول أن شباب دور التبني ممثلون بالفطرة؛ فحين تقمص الشخصيات التراجيدية، يتعين عليك التعبير عن الانفعالات وخلق الواقع المتأتي من العمق والحرقة والجرح؛ شباب دور التبني؟! هم لا يعرفون سوىٰ ذلك؛ إنهم يعيشون

في كل يوم قضية حياة أو موت. وبمرور الوقت يساعد التعاون الأطفال علىٰ أن يصبحوا أشخاصًا مهمين في حياة بعضهم بعضًا. والمرحلة الأولىٰ من البرنامج هي بناء المجموعة، كما يحدد التدريب الأول الاتفاقيات الأساسية: المسؤولية، المحاسبية، الاحترام؛ نعم للتعبير عن الود، لا للاتصال الجنسي في المجموعة. ثم يبدؤون في الغناء والتحرك معًا، مما يدخلهم في وضع التزامن.

وحينئذ تأتي المرحلة الثانية: مشاركة القصص الحياتية؛ فيستمعون آنذاك لبعضهم بعضًا، ويكتشفون الخبرات المشتركة، ويكسرون حاجز الوحدة والعزلة الناجمتين عن الصدمة. ولقد أعطاني بول فيلمًا يوضح كيف حدث هذا في إحدىٰ المجموعات: حين يُطلب من الأطفال أن يقولوا أو يفعلوا شيئًا ما للتعريف عن أنفسهم، يصابون بالتجمد، وتنمحي التعبيرات من وجوههم، وتدنو أبصارهم أرضًا، فاعلين كل ما بوسعهم ليصيروا غير مرئيين.

لكن حين يشرعون في الحديث، حين يجدون صوتًا يمس صميم كينونتهم، يشرعون أيضًا في ابتكار عرضهم الخاص. ويوضح بول أن الإنتاج يعتمد علىٰ مدخلاتهم: «إذا كان بمقدورك كتابة مسرحية تمثيلية أو موسيقية، فماذا ستضع فيها؟ العقاب؟ الانتقام؟ الخيانة؟ الفقد؟ هذا عرضك الخاص». هذا وتتم كتابة كل ما يقولونه، ويبدأ بعضهم في تدوين كلماتهم الخاصة؛ وعند ظهور السيناريو يقوم فريق الإنتاج بدمج كلمات الطلاب الدقيقة في الأغاني والحوار؛ وهكذا ستتعلم المجموعة أنهم إذا استطاعوا تجسيد تجاربهم تجسيدًا جيدًا بما فيه الكفاية فسيستمع الآخرون لذلك، كما سيتعلمون الشعور بما يشعرون به وعلم ما يعلمونه.

يتغير التركيز بصورة طبيعية مع بدء التدريبات التحضيرية؛ إذ يتوقف تاريخ الألم، والاغتراب، والخوف عن كونه أمرًا محوريًا لدىٰ الأطفال، ويتحول التركيز إلىٰ «كيف يمكنني أن أصبح أفضل ممثل، أو مُغنٍّ، أو راقص، أو مبتكر رقصات، أو مصمم إضاءة يمكنني أن أكونه؟» وبهذا يكون الاقتدار علىٰ الوظيفية هو القضية الحاسمة: فالكفاءة هي أفضل حماية من العجز الناجم عن الصدمة.

وهذا بالطبع ينطبق علينا جميعًا؛ فعندما تسوء الأمور في العمل، أو عندما يفشل مشروع منشود، أو عندما يفارقك شخص تعوّل عليه أو يموت، قلَّما ينفعك شيء كتحريك جسدك والقيام بشيء يتطلب تركيز الانتباه. وغالبًا ما تغفل المدارس المحلية والبرامج النفسانية عن هذا الأمر؛ إذ يريدون أن يكون سلوك الأطفال «طبيعيًّا» - دون بناء الكفاءات التي ستشعرهم بأنهم طبيعيون.

كما تقوم البرامج المسرحية بتعليم السبب والنتيجة؛ وذلك لأن حياة دور التبني غير متوقَّعة بتاتًا، إذ يمكن أن يحدث أي شيء دون سابق إنذار: الاستثارة والانهيار: رؤية أحد الوالدين يُعتقل أو يُقتل؛ النقل من منزل إلىٰ آخر؛ تعرضك للزجر بسبب فعلك أمورًا كانت تجلب لك الإطراء في آخر مكان لك؛ لكنهم في العرض المسرحي يرون عواقب قراراتهم وأفعالهم موضوعة أمام أعينهم مباشرة، ويوضح بول قائلًا: «إذا أردت أن تمنحهم حس السيطرة فعليك أن تمنحهم سلطة علىٰ مصيرهم بدلًا من التدخل نيابة عنهم؛ وليس بمقدورك مساعدة الشباب الذين تعمل معهم، أو إصلاحهم، أو إنقاذهم؛ وإنما تستطيع العمل معهم جنبًا إلىٰ جنب، ومساعدتهم علىٰ فهم رؤيتهم، وتحقيقها معهم؛ وبقيامك بذلك تعيد إليهم السيطرة. وهكذا نعالج الصدمة دون أن يذكر أحد تلك الكلمة بتاتًا».

محكوم عليه بـ «شكسبير»

في حالة المراهقين الذين يحضرون جلسات «شكسبير إن ذا كورتس» لا يوجد ارتجال، ولا ابتكار سيناريوهات عن حياتهم؛ كما يكون جميعهم «مجرمون محكوم عليهم»، مدانين بتهم العراك، وشرب الكحول، والسرقة، وجرائم الملكية، وقد حكم عليهم قاضي «محكمة مقاطعة بيركشاير للأحداث»[1] بدراسة التمثيل المكثفة لمدة ستة أسابيع، حيث يحضرون الدروس أربع مرات في الأسبوع. ويُعتبر «شكسبير» بلدة أجنبية بالنسبة لهؤلاء الممثلين؛ فكما أخبرني كيفن كولمان: عندما يحضرون لأول مرة؛ غاضبين، ومرتابين، ومصعوقين، يكونون مقتنعين بأن الذهاب للسجن أفضل؛ لكنهم هنا، بدلًا من ذلك،

(1) Berkshire County Juvenile Court.

سيتعلمون سطور «هَمْلِت»، أو «مارك أنتوني»، أو «هنري الخامس»، ثم يصعدون علىٰ خشبة المسرح في أداء مكثف لمسرحية شكسبير بأكملها أمام جمهور من العائلة والأصدقاء وممثلي نظام قضاء الأحداث.

نظرًا لعدم وجود كلمات لدىٰ هؤلاء المراهقين للتعبير عن آثار تربيتهم المتذبذبة، فهم ينفسون عن انفعالاتهم بواسطة العنف؛ وفي الوقت نفسه يدعو «شكسبير» إلىٰ المبارزة بالسيف، والتي -كالفنون القتالية الأخرىٰ- تمنحهم فرصة ممارسة العدوان المحتَوَىٰ والتعبير عن القوة الجسدية، كما يكون التركيز منصبًّا علىٰ حفظ سلامة الجميع. ونلاحظ أن الأطفال يحبون المبارزة بالسيف، ولكن كي يحافظوا علىٰ أمان بعضهم بعضًا يضطرون إلىٰ التفاوض واستخدام اللغة.

ومن الجدير بالذكر أن شكسبير كان يكتب أثناء مرحلة انتقالية؛ عندما كان العالم يتحول من التواصل الشفهي إلىٰ الكتابي، عندما كان معظم الناس لا يزالون يوقِّعون باسمهم مع علامة «X»؛ وفي الوقت نفسه يواجه هؤلاء الأطفال مرحلتهم الانتقالية الخاصة؛ إذ نرىٰ كثيرًا منهم لا يستطيعون توصيل ما بداخلهم إلا بشق الأنفس، كما أن بعضهم يلاقي صعوبة بالغة في القراءة أساسًا. وإذا رأيت أنهم يعتمدون في كلامهم علىٰ الكلمات المكونة من أربعة أحرف، فهم لا يفعلون ذلك لمجرد إظهار أنهم أولو بأس شديد، بل أيضًا لعدم وجود لغة أخرىٰ لديهم للتعبير عن كينونتهم أو عما يشعرون به. لكن عندما يكتشفون ثراء اللغة وإمكاناتها، فغالبًا ما يختبرون البهجة حشويًّا.

يقوم الممثلون أولًا باستيضاح ما يقوله شكسبير بالضبط، سطرًا بسطر؛ حيث يقوم المخرج بصب الكلمات واحدة تلو الأخرىٰ في آذان الممثلين، ويطلب منهم التلفظ بالسطر في نَفَسٍ واحد. وفي مستهل العملية، يلاقي العديد من هؤلاء الأطفال صعوبة بالغة في التلفظ بالسطر، ويكون التقدم بطيئًا، حيث أن كل ممثل يستدخل الكلمات ببطء؛ بعد ذلك تكتسب الكلمات عمقًا وصدىٰ مع تغير الصوت استجابةً لترابطاتها. والفكرة هنا هي أن نلهم الممثلين الشعورَ بردود فعلهم تجاه الكلمات، وبالتالي اكتشاف الشخصية؛ فبدلًا من «يجب أن أتذكر

سطوري» ينصب تركيزهم علىٰ «ماذا تعني هذه الكلمات لي؟ ما تأثيري أنا علىٰ زملائي الممثلين؟ وماذا يحدث لي عندما أسمع سطورهم؟»١٣

يمكن أن تكون هذه عملية مغيرة للحياة جذريًا، كما شهدتُ ذلك بأم عيني في ورشة عمل يديرها ممثلون مدربون علىٰ يد «شكسبير أند كمباني» في «مركز شئون المحاربين الطبي» في بلدة باث، نيويورك: حيث قام لاري Larry، وهو محارب قديم في التاسعة والخمسين من العمر أدىٰ خدمته في فيتنام، وكان آنذاك قد أدخل في المستشفىٰ خلال العام السابق سبعًا وعشرين مرة لإزالة السمية الناتجة عن تعاطيه العقاقير: تطوع لاري للعب دور بروتوس Brutus في مشهد من مسرحية «يوليوس قيصر»؛ لكن عندما بدأت البروفة أخذ يتمتم مندفعًا أثناء تأدية سطوره؛ وبدا أنه مرعوب من رأي الآخرين فيه.

تذكر شهر مارس؛ منتصف مارس، تذكر هذا،

أولم يُدمَ[1] يوليوس من أجل العدالة؟!

أي وغد شرير ممن طعن يوليوس مس جسده . . . من أجل شيء سوىٰ العدالة؟[2]

لقد استغرق الأمر ساعات للتدرب علىٰ الخطاب البادئ بهذه السطور: في مستهل البروفة كان واقفًا هناك، منهار الكتفين، يكرر الكلمات التي يهمس بها المخرج في أذنه: «تذكر: ماذا تتذكر؟ هل تتذكر أكثر مما ينبغي؟ أم أنك لا تتذكر ما يكفي؟ تذكر: ما الذي تنفر من تذكره؟ كيف يبدو التذكر لك؟» وكان صوت لاري متقطعًا، وعيناه تنظران للأرض، والعرق يتصبب علىٰ جبينه.

وبعد استراحة قصيرة ورشفة ماء، عادوا إلىٰ العمل:

* «العدالة: هل تلقيت العدالة؟ هل سبق لك أن أُدميت من أجل العدالة؟ ماذا تعني العدالة في رأيك؟

---

(١) أولم يُسفك دمه، والفعل يُدمىٰ، وحذف آخره بحرف الجزم.

(٢) اقتبست هذا النص كاملًا (والهامش السابق) من ترجمة «محمد السباعي» لمسرحية يوليوس قيصر. (المترجم).

* ضرب: هل سبق لك أن ضربت أحدًا؟ هل سبق لك أن انضربت؟ بم شعرت؟ ماذا تتمنىٰ أن لو فعلت؟

* طعن: هل سبق لك أن طعنت أحدًا؟ هل سبق لك أن شعرت بالطعن في الظهر؟ هل سبق أن طعنت أحدًا في ظهره؟» وعند هذه النقطة هرع لاري مغادرًا الغرفة.

لكنه عاد في اليوم التالي، فبدأنا من جديد: حين وقف لاري هناك، تصبب عرقًا وتسارع نبض قلبه، وجالت ملايين الترابطات في ذهنه، لكنه بعد ذلك سمح لنفسه رويدًا رويدًا بأن يشعر بكل كلمة وتعلم استدماج السطور التي يتلفظ بها.

في نهاية البرنامج حصل لاري علىٰ وظيفته الأولىٰ بعد سبع سنوات من البطالة، وحسب آخر ما سمعت فقد كان لا يزال مُثَبَّتًا في تلك الوظيفة بعد ستة أشهر. إن تعلم اختبار العواطف العميقة وإطاقتها أمر ضروري للتعافي من الصدمة.

* * *

في «شكسبير إن ذا كورتس» تمتد خصوصية اللغة المستخدمة في البروفة إلىٰ تخاطب الطلاب خارج المسرح، إذ يشير كيفن كولمان إلىٰ أن حديثهم صار مليئًا بتعبير «أشعر بـ ..»، كما يتابع قائلًا: «إذا خلطت بين خبراتك الانفعالية وأحكامك، يصبح عملك غامضًا؛ فإذا سألتهم: «كيف بدا ذلك لك؟» سيقولون فورًا: «بدا ذلك جيدًا» أو «بدا ذلك سيئًا»، وكلاهما أحكام؛ لذا فنحن لا نقول أبدًا في نهاية المشهد: «كيف بدا ذلك لك؟» لأنه يدعوهم للذهاب إلىٰ الجزء الدماغي المنوط بالحكم».

بدلًا من ذلك يسألهم كولمان: «هل لاحظت حضور أي مشاعر محددة أثناء قيامك بهذا المشهد؟» فيتعلمون بهذه الطريقة تسمية الخبرات الانفعالية: «شعرت بالغضب حين قال ذلك». «شعرت بالخوف حين نظر إلي». إن تَجَسُّد الممثلين، و«تَلَغِّيهم[1]» -لعدم وجود كلمة أفضل- يساعدهم علىٰ إدراك أن لديهم مشاعر مختلفة عديدة؛ وكلما زاد ما يلاحظونه زاد فضولهم.

---

(١) en-languaged: انصباب ما بداخلهم في قالب لغوي (المترجم).

عندما تبدأ البروفات، يتعين علىٰ الأطفال تعلم الوقوف المنتصب والسير العفوي علىٰ المنصة، كما يتعين عليهم تعلم التكلم بالكيفية التي تُسمِع جميع أنحاء المسرح، وهو ما يمثل في حد ذاته تحديًا كبيرًا. والعرض النهائي معناه مواجهة المجتمع؛ حيث يخطو الأطفال إلىٰ خشبة المسرح، ويختبرون مستوىٰ آخر من الانكشاف، أو الخطر، أو الأمان، ويكتشفون إلىٰ أي مدىٰ يمكنهم الوثوق بأنفسهم؛ ثم تنتقل زمام الأمور شيئًا فشيئًا إلىٰ توقهم للنجاح، إلىٰ إثبات أنهم قادرون علىٰ فعلها، ولقد أخبرني كيفن بقصة فتاة لعبت دور «أوفيليا» في مسرحية «هَمْلِت»: رآها في يوم العرض تنتظر خلف الستارة، وتستعد للمضي قدمًا، رابطة سلة مهملات ببطنها (أوضحَت أنها كانت متوترة للغاية لدرجة أنها خشيت التقيؤ)؛ لقد كان لديها تاريخ من الهروب المزمن من دور التبني وأيضًا من «شكسبير إن ذا كورتس»، ونظرًا لأن البرنامج ملتزم بعدم طرد الأطفال ما أمكن، فقد كان رجال الشرطة ومسئولو التغيب يعيدونها مرارًا وتكرارًا؛ إذن فلا شك أنها يومًا ما توصلت إلىٰ إدراك أن دورها ضروري للمجموعة، أو ربما أحست بالقيمة الجوهرية التي تقدمها الخبرة لها. وفي ذلك اليوم، اختارت عدم الفرار علىٰ الأقل.

العلاج النفسي والمسرح

سمعتُ ذات مرة تينا باكر تعلن أمام غرفة مليئة بأخصائيي الصدمات قائلة: «إن أساليب العلاج النفسي والمسرح متمحوران حول الحدس في ميدان العمل؛ إنهما عكس البحث العلمي الذي يسعىٰ فيه المرءُ إلىٰ الخروج من خبرته الشخصية الخاصة، بل الخروج حتىٰ من خبرة مرضاه، لاختبار الصدق الموضوعي للافتراضات؛ فما يجعل جلسات العلاج النفسي فعالة هو الصدىٰ العميق الشخصاني وذلك الحس العميق بالحقيقة والصواب الذي يعيش في الجسد».
وإنني ما زلتُ آمل أن نثبت يومًا ما أن تينا مخطئة ونجمع بين صرامة الأساليب العلمية وقوة الحدس المتجسد.

أخبرني إدوارد Edward -أحد مدرسي «شكسبير أند كومباني»- عن خبرة كان قد مر بها حين كان ممثلًا شابًا في ورشة عمل متقدمة المستوىٰ تابعة لتينا: كانت المجموعة قد أمضت الصباح في ممارسة تمارين تهدف إلىٰ تحرير عضلات الجذع، حتىٰ يدخل الهواء الرئتين دخولًا طبيعيًا وتامًا، فلاحظ إدوارد أنه في كل مرة يتدحرج علىٰ جزء معين من ضلوعه، كان يشعر بموجة من الحزن؛ فسأله المدرب عما إذا كان قد أصيب في ذلك الموضع سابقًا، لكنه نفىٰ ذلك.

كان إدوارد قد أعد خطابًا من مسرحية «ريتشارد الثاني» Richard II حيث يتم استدعاء الملك للتنازل عن تاجه لذلك اللورد الذي اغتصبه مُلكه، وأثناء المناقشة التي تلت ذلك استرجع أن أمه كانت قد أصيبت بكسور في الضلوع حين كانت حاملًا به وأنه لطالما كان يربط هذا الأمر بولادته المبتسرة.

وعلىٰ حد قوله مسترجعًا:

عندما أخبرت تينا بذلك أخذت تسألني حول أشهري القليلة الأولىٰ، فقلت إنني لا أتذكر وجودي في حاضنة[1]، لكنني أتذكر مرات انقطع فيها تنفسي، ووجودي في المستشفىٰ داخل خيمة أكسجين[2]، كما أتذكر وجودي في سيارة عمي وهو يقودها كاسرًا الإشارات الحمراء لإيصالي إلىٰ غرفة الطوارئ؛ لقد كان الأمر أشبه بمُتَلاَزِمَة الموتِ الفُجائِيِّ للرَّضيعِ لكن في سن الثالثة.

ثم استمرت تينا في طرح الأسئلة عليّ، فبدأت أشعر بإحباط وغضب شديدين من تنحيتها كل درع أغطي به هذا الألم، ثم قالت: «هل شعرت بالألم حين أدخل الأطباء كل تلك الإبر فيك؟».

في تلك اللحظة صرخت، وحاولت مغادرة الغرفة، لكن الممثِّلَيْن الآخرين -وكانا شابين شديدي الضخامة- أوقفاني، وفي نهاية المطاف أجلسوني علىٰ

---

(١) incubator: هي حجرة بلورية غالبًا يتحكم الطبيب بحرارتها وتهويتها ويتمكن من تقديم الطعام والدواء للطفل المبتسر أو الذي يعاني من مشاكل صحية. (ح).

(٢) خيمة الأكسجين هي جهاز يستخدم لتوفير هواء غني بالأكسجين والرطوبة، وذلك لمساعدة المريض علىٰ التنفس بشكل أفضل ولمساعدة الجهاز التنفسي علىٰ التخلص من البلغم المتراكم في المجرىٰ التنفسي وعدم فقدان الجسم رطوبته أثناء التنفس. موقع altibbi.com.

كرسي، كنت أرتعد وأرتجف؛ ثم قالت تينا: «أنت أمك، وسوف تُلقي هذا الخطاب؛ أنت أمك وأنت الآن تلد نفسك، وتخبر نفسك أنك ستنجح في فعلها، ولن تموت؛ ويجب أن تقنع نفسك، يجب أن تقنع هذا الوليد الصغير أنك لن تموت».

ثم أصبحت هذه نيتي في خطاب مسرحية «ريتشارد»؛ إذ حين أحضرت الخطاب لأول مرة إلىٰ الدرس، قلت لنفسي إنني أرغب في تأدية الدور كما ينبغي، لا أن شيئًا ينبض بالحياة في أعماقي يحتاج إلىٰ قول هذه الكلمات؛ لكن حينما قالها أخيرًا، صار من الجليّ أن رضيعي كان مشابها لريتشارد؛ أنني لم أكن مستعدًّا للتنازل عن عرشیٰ. لقد كان الأمر أشبه بتحرر جسمي من عبء هائل من الطاقة والتوتر، حيث انفتحت الممرات للتعبير الذي كان ممنوعًا بسبب الطفل حبيس الأنفاس المرتعب من أنه سيموت.

لقد تمثلت عبقرية تينا في دفعي إلىٰ أن أصير أمي التي تطمئنني بأنني سأكون بخير، كان الأمر أشبه بالعودة وتغيير القصة، وإن تطميني بأنني يومًا ما سأشعر بالأمان الكافي للتعبير عن ألمي قد بدَّل ذلك الوقت إلىٰ جزء ثمين من حياتي.

وفي تلك الليلة شعرت بأول هزة جماع في حياتي في وجود شخص آخر، وإني لأعلم أن هذا قد نتج عن تحريري شيئًا، توترًا ما في جسدي، مما سمح لي بحضور أعمق في العالم.



خاتمة

خطوات يجب اتخاذها

نحن على وشك أن نصبح مجتمعًا واعيًا بالصدمات؛ إذ أجد كل يوم تقريبًا أحد زملائي ينشر تقريرًا آخر حول كيفية تأثير الصدمات على طرق عمل العقل، والدماغ، والجسم، كما أظهرت دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» كيف أن الإساءة المبكرة تدمر الصحة والوظيفية الاجتماعية، بل فاز جيمس هيكمان بجائزة نوبل لإظهاره التوفير الهائل الذي يحدثه التدخل المبكر في حياة أطفال الأسر الفقيرة والمضطربة: زيادة اجتياز المرحلة الثانوية، وانخفاض الإجرام، وزيادة التوظيف، وانخفاض العنف الأسري والمجتمعي؛ كما أقابل في جميع أنحاء العالم أشخاصًا من مختلف التخصصات يأخذون هذه البيانات على محمل الجد ويعملون بلا كلل لابتكار وتطبيق تدخلات أكثر نجوعًا، وكان منهم معلمون مخلصون، وأخصائيون اجتماعيون، وأطباء ومعالجون نفسيون، وممرضات، وفاعلو خير، ومخرجون مسرحيون، وحراس سجن، وضباط شرطة، ومدربو تأمل؛ وإذا وصلت معي إلى هذا الحد في «الجسد لا ينسى» فقد أصبحت أنت أيضًا جزءًا من هذا المجتمع.

لقد منحتنا التطورات في علم الأعصاب فهمًا أفضل لكيفية تأثير الصدمة على نماء الدماغ، والتنظيم الذاتي، والقدرة على استدامة التركيز والتناغم مع الآخرين؛ كما حددت تقنيات التصوير المتطورة منابع اضطراب الكرب التالي للصدمة في الدماغ، بحيث أصبحنا نفهم الآن لماذا يصير المصدومون منفصلين

عن أنفسهم، ولماذا ينزعجون من الأصوات والأضواء، ولماذا يتفجرون أو ينسحبون استجابة لأدنىٰ استفزاز؛ كما تعلمنا كيف تؤدي الخبرات -طوال الحياة- إلىٰ تغيير بنية الدماغ ووظائفه، بل حتىٰ التأثير علىٰ الجينات التي نورثها أطفالنا. وهكذا أدىٰ فهمنا للعديد من العمليات الجوهرية الكامنة وراء الكرب الصدمي إلىٰ فتح الباب أمام طائفة من التدخلات التي تستطيع إعادة إيقاد المناطق الدماغية المتعلقة بالتنظيم الذاتي، والإدراك الذاتي، والانتباه؛ كما لم يعد علمنا الآن مقتصرًا علىٰ كيفية علاج الصدمة، بل امتد -ويمتد كل يوم- إلىٰ كيفية الوقاية منها.

ورغم ذلك فبعد حضوري عزاء آخر في بوسطن لمراهق قُتل وسط إطلاق نار من سيارة مسرعة في «تقاطع بلو هيل»[1]، أو بعد اطلاعي علىٰ أحدث التخفيضات في ميزانية مدارس المدن والبلدات الفقيرة، أجد نفسي علىٰ أعتاب اليأس. ومن نواحٍ عديدة يبدو أننا ننكص علىٰ أعقابنا؛ بتلك التدابير القاسية الحديثة مثل إلغاء الكونغرس المعونات الغذائية لأطفال الآباء العاطلين عن العمل أو المسجونين؛ وبالمعارضة العنيدة في بعض الدوائر للرعاية الصحية الشمولية؛ وبرفض الطب النفسي المتبلد للربط بين المعاناة النفسية والظروف الاجتماعية؛ وبرفض حظر بيع الأسلحة أو حيازتها، تلك الأسلحة التي يكون هدفها الوحيد قتل أعداد كبيرة من البشر؛ وبتسامحنا مع حبس شريحة كبيرة من سكاننا، مهدرين بذلك حياتهم ومواردنا.

لا تزال المناقشات حول اضطراب الكرب التالي للصدمة مائلة إلىٰ التركيز علىٰ الجنود حديثي العودة، وضحايا التفجيرات الإرهابية، أو الناجين من الحوادث المروعة؛ لكن الصدمة تظل قضية أكبر بكثير للصحة العامة، بل يمكن القول إنها أكبر تهديد لعافيتنا القومية؛ فعدد الأمريكان الذين قُتلوا منذ عام ٢٠٠١م بأيدي شركاء حياتهم أو أفراد عائلاتهم أكبر بكثير من عدد القتلىٰ في حربي العراق وأفغانستان، بل إن احتمال وقوع العنف المنزلي علىٰ النساء

---

(1) Blue Hill Avenue.

الأمريكيات يساوي ضعف احتمال إصابتهن بسرطان الثدي، بل تقدّر «الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال»[1] أن الأسلحة النارية تقتل ضعف عدد الأطفال الذين يقتلهم السرطان؛ وفي هذا أرىٰ لافتات في جميع أنحاء بوسطن تعلن عن «صندوق جيمي» Jimmy Fund، الذي يحارب سرطان الأطفال، وعن مسيرات لتمويل أبحاث سرطان الثدي وسرطان الدم، لكن يبدو أننا محرجون أو محبطون لدرجة عجزنا عن السعي لبذل الجهد الهائل الضروري لمساعدة الأطفال والراشدين علىٰ تعلم كيفية التعامل مع الخوف، والحنق، والانهيار، وهي العواقب المتوقعة للصدمة النفسية.

حين أقدم عروضًا تقديمية عن الصدمة وعلاجها فأحيانًا ما يطلب مني المشاركون ترك السياسة والاقتصار علىٰ الحديث عن علم الأعصاب والعلاج النفسي، وليتني أقدر علىٰ فصل الصدمة عن السياسة، لكن ما دمنا نعيش في حالة إنكار ونحاول علاج الصدمة فقط مع تجاهلنا لمنابعها فلا بد أن نفشل؛ ففي عالم اليوم يحدد رمزُك البريدي -أكثر من رمزك الجيني- ما إذا كنت ستعيش حياة آمنة وصحية؛ حيث أن الدخْل المالي، وهيكل الأسرة، والإسكان، والتوظيف، والفرص التعليمية، كل تلك الأمور لا يقتصر أثرها علىٰ احتمال الإصابة بالكرب الصدمي، بل تؤثر أيضًا علىٰ إمكانية الوصول إلىٰ المساعدة الناجعة لعلاجه؛ كما أن الفقر، والبطالة، والمدارس متدنية المستوىٰ، والعزلة الاجتماعية، وتوافر الأسلحة علىٰ نطاق واسع، والمساكن المهترئة، كل تلك الأمور تعتبر تربة خصبة للصدمات؛ وهكذا تولّد الصدمة مزيدًا من الصدمات؛ حيث يجرح المجروحون الآخرين.

لقد حظيتُ بأعمق تجاربي الخاصة بالتشافي من الصدمة الجماعية حين شهدت عمل «لجنة جنوب إفريقيا للحقيقة والمصالحة»، والذي كان مستندًا إلىٰ المبدأ التوجيهي المركزي في طريقة الـ أوبونتو Ubuntu -وهي كلمة في اللغة الكوسية Xhosa تشير إلىٰ مشاركة ما لديك، كما في «إنسانيتي مرتبطة ارتباطًا

---

(1) American Academy of Pediatrics.

وثيقًا بإنسانيتك»-؛ حيث تدرك «أوبونتو» أن التشافي الحقيقي مستحيل ما لم نعترف بإنسانيتنا المشتركة ومصيرنا المشترك.

نحن كائنات اجتماعية في جوهرنا؛ فأدمغتنا مصممة لتعزيز العمل واللعب الجماعيين، لكن الصدمة تدمر نظام الانخراط الاجتماعي وتعرقل التعاون، والرعاية، وقدرة المرء علىٰ كونه عضوًا منتجًا في العشيرة، ولقد رأينا في هذا الكتاب كمّ مشكلات الصحة النفسية -من إدمان المخدرات إلىٰ السلوك المؤذي للذات- التي تبدأ كمحاولات للتكيف مع المشاعر التي أصبحت لا تطاق بسبب الافتقار إلىٰ الاتصال والدعم الإنساني الكافي؛ ورغم ذلك فمن المؤسف أن المؤسسات التي تتعامل مع الأطفال والراشدين المصدومين غالبًا ما تتجاوز نظام الانخراط الانفعالي الذي يشكل أساس كينونتنا، وبدلًا من ذلك تضيق تركيزها علىٰ تصحيح «التفكير المعطوب» وعلىٰ قمع المشاعر المزعجة والسلوكيات المتعِبة.

يمكن أن يتعلم الناس السيطرة علىٰ سلوكهم وتغييره، ولكن هذا لا يحدث إلا بعد شعورهم بالأمان الكافي لتجربة حلول جديدة. والجسد لا ينسىٰ: فإذا كانت الصدمة تتشفر في هيئة أحاسيس فاطرة للقلب ومفتتة للأكباد فإن أولويتنا الأولىٰ مساعدة الناس علىٰ الخروج من حالات القتال أو الفرار، وإعادة تنظيم إدراكهم للخطر، وإعانتهم علىٰ إدارة العلاقات؛ وحين يتعلق الأمر بالأطفال المصدومين فيجب أن يكون آخر ما نحذفه من الجداول المدرسية هي الأنشطة التي تستطيع فعل ذلك علىٰ وجه التحديد: الجوقة، والتربية الرياضية، والفسحة، وأي شيء آخر يتضمن الحركة واللعب وغيرهما من أشكال الانخراط البهيج.

وكما رأينا سابقًا فغالبًا ما تؤدي مهنتي إلىٰ تفاقم المشكلة بدلًا من تخفيفها؛ إذ أن العديد من الأطباء النفسيين يعملون اليوم داخل عيادات شبيهة بخطوط التجميع، حيث يرون مرضىٰ لا يعرفون عنهم ثمة شيء ولمدة خمسة عشر دقيقة فحسب ثم يوزعون حبوبًا لتخفيف الألم، أو القلق، أو الاكتئاب؛ وبهذا يبدو أن رسالتهم هي «دع لنا قضية إصلاحك؛ وما عليك سوىٰ الامتثال وتناول هذه الأدوية ثم الرجوع إلينا في غضون ثلاثة أشهر؛ ولكن احرص علىٰ عدم

استخدام الكحول أو العقاقير (غير القانونية) لتخفيف مشاكلك»، لكن تلك الطرق المختصرة في العلاج تجعل من المستحيل استنبات رعاية الذات وقيادة الذات، كما أن أحد الأمثلة المأساوية الناتجة عن هذا التوجه هو تفشي وصف مسكنات الألم، التي تقتل الآن كل عام في الولايات المتحدة عددًا أكبر مما تقتله الأسلحة النارية أو حوادث السيارات.

إن استخدامنا المتزايد للعقاقير لعلاج هذه الحالات لا يتناول المشكلات الحقيقية: ما الذي يحاول هؤلاء المرضىٰ التكيف معه؟ ما هي مصادرهم الداخلية أو الخارجية؟ كيف يهدئون أنفسهم؟ هل لديهم علاقة راعية بأجسادهم، وماذا يفعلون لاستنبات الحس الجسدي بالقوة، والحيوية، والاسترخاء؟ هل لديهم تفاعلات دينامية مع الآخرين؟ من يعرفهم حق المعرفة؟ من يحبهم ويكترث لأمرهم؟ علىٰ من يمكنهم التعويل حين يشعرون بالخوف، أو حين يمرض أطفالهم، أو حين يمرضون هم أنفسهم؟ هل هم أعضاء في المجتمع، وهل يلعبون أدوارًا حيوية في حياة من حولهم من الناس؟ ما المهارات المحددة التي يحتاجون إليها للتركيز، والانتباه، والاختيار؟ هل لديهم حس بالغاية؟ ما لذي يجيدونه؟ كيف يمكننا مساعدتهم علىٰ الشعور بالمسؤولية عن حياتهم؟

أحب الإيمان بأنه بمجرد أن يركز مجتمعنا تركيزًا صادقًا علىٰ احتياجات الأطفال فإن جميع أشكال الدعم الاجتماعي للعائلات -وهي سياسة لا تزال شديدة الإثارة للجدل في هذا البلد- ستبدو شيئًا فشيئًا ليس فقط مرغوبة بل أيضًا قابلة للتنفيذ؛ ولنتأمل في الفَارق المرتقب إذا حصل جميع الأطفال الأمريكيين علىٰ رعاية نهارية عالية الجودة حيث يمكن للوالدين ترك أطفالهم بأمان أثناء ذهابهم للعمل أو الدراسة؟ كيف ستبدو أنظمتنا المدرسية إذا تمكن جميع الأطفال من الالتحاق بالمدارس التمهيدية ذات الكوادر الجيدة والتي تستنبت التعاون، والتنظيم الذاتي، والمثابرة، والتركيز (بدلًا من التركيز علىٰ اجتياز الاختبارات، والذي سيحدث علىٰ الأرجح بمجرد السماح للأطفال باتباع فضولهم الطبيعي ورغبتهم في التفوق، وعدم انطفائهم تحت وطأة اليأس، والخوف، وفرط التيقظ)؟

لدي صورة عائلية لنفسي عندما كنت في الخامسة من عمري، جالس بين شقيقَيّ: الأكبر (الذي يتضح عليه أنه أكثر حكمة) والأصغر (الذي يتضح عليه أنه أكثر اعتمادية)؛ وفي هذه الصورة أحمل بفخرٍ لعبة قارب خشبي، مبتسمًا ابتسامة عريضة من الأذن إلىٰ الأذن: «انظر، ما أروعني من طفل! وانظر، ما أروع القارب المذهل الذي لدي! ألستَ متشوقًا إلىٰ المجيء واللعب معي؟»؛ نحن جميعًا -وخاصة الأطفال- بحاجة إلىٰ مثل هذه الثقة في النفس؛ الثقة في أن الآخرين سيعلَمون كينونتنا، ويؤكِّدوننا، ويعتزون بنا؛ وبدون ذلك نعجز عن استنبات حس الوكالة الذي سيمكِّننا من توكيد: «هذا ما أؤمن به؛ هذا ما أنافح عنه؛ هذا ما سأكرس نفسي له». وما دمنا شاعرين بأننا ساكنين بأمان في قلوب مُحبِّينا وأذهانهم فسنصعد الجبال ونعبر الصحاري وسنظل مستيقظين طيلة الليل لإنهاء المشاريع؛ كما سيفعل الأطفال والراشدون أي شيء من أجل الأشخاص محل الثقة ومن أجل الذين يقدرون آرائهم.

ولكن إذا شعرنا بأننا مهجورون، أو عديمو القيمة، أو غير مرئيين فما من شيء يبدو مهمًا، وكذا يقضي الخوف علىٰ الفضول والمرح.؛ لذا فلكي نصل إلىٰ مجتمع صحي يجب علينا تربية أطفال قادرين علىٰ اللعب والتعلم في أمان؛ فلا وجود لنموٍّ دون فضول، ولا لتكيفية دون الاقتدار علىٰ استكشاف -بالمحاولة والخطأ- من أنت وما الذي يهمك. ومن الجدير بالذكر أن أكثر من ٥٠ بالمائة من الأطفال الذين يخدمهم برنامج «هيد ستارت» Head Start حاليًا قد مرّوا في طفولتهم بثلاث خبرات ضائرة أو أكثر مماثلة لتلك المدرجة في دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة»: العنف، أو إساءة المعاملة، أو الاكتئاب، أو معاقرة المخدرات داخل المنزل، أو دخول بعض أفراد الأسرة السجن، أو فترات من التشرد.

إن من يشعرون بالأمان والاتصال مع الآخرين شعورًا ذا معنىٰ لا يكون لديهم سبب وجيه لتبديد حياتهم في تعاطي المخدرات أو التحديق المتبلد في التلفاز؛ ولا يشعرون بأنهم مجبرون علىٰ حشو أنفسهم بالنشويات أو الاعتداء علىٰ إخوانهم من البشر؛ ورغم ذلك فإذا رأوا أن لا شيء مما يفعلونه يحدث فرقًا

فـسيـشعـرون بأنـهـم عـالقـون ويـصـبـحـون عـرضـة لإغـواء الـمـخـدرات، أو قـادة العصابات، أو الأديان المتطرفة، أو الحركات السياسية العنيفة؛ لأي شخص أو شيء يَعِدُهم بالارتياح. وكما أظهرت دراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» سابقًا فإن «انتهاك الطفل وإهماله» هو أكبر أسباب الأمراض النفسية قابلية للمنع، وهو أشهر أسباب تعاطي المخدرات والكحول، كما أنه مساهم كبير في الأسباب الرئيسية للوفاة؛ كمرض السكري وأمراض القلب، والسرطان، والسكتة الدماغية، والانتحار.

لذا نركز أنا وزملائي القسط الأكبر من عملنا حيث يكون للصدمة أكبر تأثير: علىٰ الأطفال والمراهقين؛ ومنذ أن اجتمعنا لإنشاء «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي» في عام ٢٠٠١م وقد تنامت لتصبح شبكة تعاونية تضم أكثر من ١٥٠ مركزًا علىٰ مستوىٰ البلاد، كما أنشأ كلٌّ منها برامجَ في المدارس، وأنظمة قضاء الأحداث، ووكالات رعاية الأطفال، وملاجئ المشردين ومرافق الجيش، والمساكن الجماعية الإقامية.

و«تروما سنتر» هو أحد مواقع «ابتكار العلاج وتقييمه[1]» في «الشبكة الوطنية»، ولقد قمت أنا وزميلَيّ جو سبيناتسولا ومارغريت بلوستاين Margaret Blaustein بابتكار برامج شاملة مخصصة للأطفال والمراهقين، والتي نقوم الآن بتنفيذها؛ بمساعدة زملائي الألمعيين في شيكاغو، وهيوستن، وسان فرانسيسكو، وهارتفورد، وأنكوراج، ولوس أنجلوس ونيويورك. هذا ويختار فريقنا منطقة معينة من الدولة للعمل فيها كل عامين، معتمدين علىٰ جهات الاتصال المحلية في تعريفنا بالمنظمات المتسمة بالنشاط، والانفتاح، والاحترام؛ وستصير هذه المنظات في نهاية المطاف بذورًا جديدة لنشر العلاج؛ فعلىٰ سبيل المثال: تعاونت لمدة عامين مع زملائي من مدينة ميسولا بولاية مونتانا، للمساعدة في ابتكار برنامج صدمات مراعٍ للفروق الثقافية في محميات بلاكفوت الهندية.

(1) Treatment Development and Evaluation.

إن أعظم أمل للأطفال المصدومين، والمتهَكين، والمهمَلين هو تلقي تعليم جيد في المدارس حيث يكونون مرئيين ومعروفين، وحيث يتعلمون تنظيم أنفسهم، وحيث يقتدرون علىٰ استنبات حس الوكالة. وتستطيع للمدارس -في أفضل حالاتها- أن تكون بمثابة جُزُر أمان داخل العالم الفوضوي، كما تستطيع تعليم الأطفال كيف تعمل أجسادهم وعقولهم وكيف يمكنهم فهم انفعالاتهم والتعامل معها؛ كما تستطيع أن تلعب دورًا مهمًا في غرس المرونة النفسية اللازمة للتعامل مع صدمات الأحياء السكنية أو العائلات. وإذا أُجبر الآباء علىٰ الاشتغال بوظيفتين لكسب لقمة العيش، أو إذا كانوا شديدي الضعف، أو الاكتئاب أو الإرهاق لدرجة عجزهم عن التناغم مع احتياجات أطفالهم فيجب افتراضيًا أن تصير المدارس أماكن تعليم الأطفال قيادة الذات وأن تكون بمثابة البقعة الداخلية للسيطرة.

حين يصل فريقنا إلىٰ المدارس غالبًا ما تكون الاستجابة الأولية للمعلمين نسخة نموذجية من «لو كانت رغبتي أن أصبح أخصائيًا اجتماعيًا لذهبت إلىٰ كلية الخدمة الاجتماعية، لكنني جئت هنا لأكون مدرسًا»؛ ورغم ذلك يكون الكثير منهم قد تعلم بالطريقة الصعبة أنهم لا يستطيعون التدريس إذا كانت الحجرة مليئة بطلاب ذوي أجراس إنذار لا تكف عن الاندلاع، بل إن أشد المعلمين والأنظمة المدرسية التزامًا غالبًا ما يشعرون بالإحباط وانعدام الجدوىٰ حين يجدون أن الكثير من أطفالهم يعانون من صدمات شديدة لدرجة تعجزهم عن التعلم. وبهذا فلن يؤدي انحصار التركيز علىٰ تحسين درجات الاختبارات إلىٰ إحداث أي فرق ما لم يتمكن المعلمون من تناول المشكلات السلوكية لهؤلاء الطلاب تناولًا ناجعًا، والخبر السار هو أن المبادئ الأساسية للتدخلات المركزة علىٰ الصدمات من الممكن ترجمتها إلىٰ إجراءات روتينية يومية ومقاربات تستطيع تحويل ثقافة منظومة المدرسة بأكملها.

ينجذب معظم المعلمين الذين نعمل معهم حين يدركون أن الطلاب الذين تعرضوا للانتهاك والإهمال يميلون إلىٰ تفسير أي انحراف عن الروتين بصفته خطرًا وأن ردود فعلهم المتطرفة عادة ما تكون تعبيرات عن الكرب الصدمي؛ وأن

الأطفال المعاندين للقواعد من المستبعد إعادتهم للعقل والمنطق باستخدام التوبيخات اللفظية أو حتىٰ التعليق[1]، وهي ممارسة أصبحت وبائية في المدارس الأمريكية. ثم يبدأ منظور المعلمين في التغير حين يدركون أن سلوكيات الأطفال المثيرة للاضطراب هذه قد بدأت كمحاولات يائسة للتعبير عن الاكتراب وكمحاولات ضالة للنجاة/البقاء.

إن الاقتدار علىٰ الشعور بالأمان مع الآخرين هو ما يصيغ -أكثر من أي شيء آخر- تعريف الصحة النفسية؛ فالاتصالات الآمنة أساسية للحياة المرضِية ذات المعنىٰ؛ لذا يكون التحدي الحاسم في بيئة الحجرة متمثلًا في تعزيز التبادلية: استماعك إلىٰ الآخرين واستماعهم إليك استماعًا صادقًا؛ رؤيتك الآخرين ورؤيتهم إياك رؤية حقيقية؛ وهكذا نحاول تعليم كل من في المجتمع المدرسي -موظفي المكاتب، والمديرين، وسائقي الحافلات، والمعلمين، وعاملي الكافتيريا- أن يميزوا تأثير الصدمة علىٰ الأطفال ويفهموه وأن يركزوا علىٰ أهمية تعزيز أمان الأطفال، وقابليتهم للتنبؤ، وكونهم معروفين ومرئيين؛ وفي هذا نحرص علىٰ تحية الأطفال بأسمائهم كل صباح وعلىٰ إجراء المعلمين اتصالًا وجهًا لوجه مع كل واحد منهم. ومثلما نفعل في ورش عملنا، والعمل المجموعاتي، وبرامجنا المسرحية فدائمًا ما نبدأ يومنا بإعلان الوصول: نأخذ بعض الوقت لمشاركة ما يدور في أذهان الجميع.

نجد أن كثيرًا من الأطفال الذين نعمل معهم لم يتمكنوا يومًا من التواصل الناجع باستخدام اللغة، وذلك لأنهم تعوَّدوا علىٰ الراشدين الصائحين، والآمرين، والمبوِّزين، والواضعين سماعات في آذانهم؛ لذا تتمثل إحدىٰ خطواتنا الأولىٰ في مساعدة معلميهم علىٰ صياغة طرق جديدة للتحدث عن المشاعر، وتوضيح التوقعات، وطلب المساعدة؛ فبدلًا من صياح المعلمين بالطفلة وقول: «كفىٰ!» حين تنتابها ثورة مزاج أو إرغامهم إياها علىٰ الجلوس وحيدة في الزاوية نشجعهم

---

(١) يشير التعليق إلىٰ إزالة للطالب من محيطه التعليمي المعتاد، لفترة زمنية محددة، بسبب انتهاكه سياسات المدرسة أو قواعدها؛ ويكون أثناء تلك الفترة ممنوعًا من حضور الحصص الدراسية أو الأنشطة المدرسية (المترجم).

علىٰ ملاحظة خبرة الطفل وتسميتها، كما في «أستطيع رؤية مدىٰ توعكك»؛ ثم منحها خيارات، كما في «أترغبين في الذهاب إلىٰ الموضع الآمن أم في الجلوس في حِجري؟»؛ ومساعدتها علىٰ إيجاد كلمات تصف مشاعرها وعلىٰ البدء في التعبير عن نفسها، كما في: «ماذا سيحدث عندما تعودين للبيت بعد انتهاء اليوم الدراسي؟»؛ وقد يستغرق الأمر عدة أشهر حتىٰ يدرك الطفل متىٰ يكون التصريح بالحقيقة آمنًا (فذلك لن يكون آمنًا في العموم أبدًا)، ولكن بالنسبة للأطفال -كما هو الحال بالنسبة للراشدين- فإن تحديد حقيقة الخبرة أمر ضروري للشفاء من الصدمة.

من الممارسات المعتادة في العديد من المدارس معاقبة الأطفال علىٰ ثورات المزاج، أو شرود الذهن، أو النوبات العدوانية، وكلها غالبًا أعراض للكرب الصدمي؛ وعندما يحدث ذلك تصبح المدرسة موقدا صدميًا آخر، بدلًا من تقديمها الملاذ الآمن؛ وفي أحسن الأحوال يمكن للمجابهات والعقوبات المتسمة بالغضب أن توقف مؤقتًا السلوكيات المرفوضة، ولكن نظرًا لعدم إخماد جهاز الإنذار والهرمونات الكربية فلا مفر من اندلاعهما مجددًا في الاستفزاز التالي.

في مثل هذه المواقف تكون الخطوة الأولىٰ هي الإقرار بأن الطفل متوعك؛ ثم يتوجب علىٰ المعلم تهدئته، ثم استكشاف السبب ومناقشة الحلول الممكنة؛ فعلىٰ سبيل المثال: عندما يفقد طالب الأول الابتدائي السيطرة علىٰ نفسه، فيلكم معلمه ويرمي بالأشياء في أرجاء الغرفة، نشجع معلمه علىٰ وضع حدود واضحة أثناء التحدث معه بلطف: «هل ترغب في لف تلك البطانية حول نفسك لتساعدك علىٰ الهدوء؟» (ومن المرجح أن يصرخ الطفل: «لا!»، لكنه بعد ذلك يتكور تحت البطانية ويسكن). كما أن القابلية للتنبؤ ووضوح التوقعات أمران مهمان للغاية؛ فالاتساق ضروري؛ إذ غالبًا ما يكون الأطفال ذوي الخلفيات الفوضوية جاهلين أتمَّ الجهل بكيفية عمل الناس سويًا بفعالية، لذا لا يؤدي انعدام الاتساق إلا إلىٰ مزيد من التشوش والارتباك؛ ومن اللافت للنظر أن المعلمين الحساسين للصدمات سرعان ما يدركون أن استدعاء أحد الوالدين بخصوص جموح الطفل من المرجح أن يؤدي إلىٰ الضرب والمزيد من الانصدام.

إن هدفنا في كل هذه الجهود هو ترجمة علم الدماغ إلىٰ ممارسة يومية؛ فعلىٰ سبيل المثال: يتوجب علينا الوصول إلىٰ درجة كافية من الهدوء اللازم كي نقتدر علىٰ تحمل مسؤولية أنفسنا، وهذا يتطلب تنشيطَ المناطق الدماغية التي تلاحظ أحاسيسنا الداخلية، وأعني بذلك برج المراقبة المسؤول عن ملاحظة الذات الذي ناقشته في الفصل الرابع؛ لذا فقد يقول المعلم: «هل نقوم ببعض التنفسات العميقة أو نستخدم نجمة التنفس؟» (وهذه أداة ملوَّنة مساعدة للتنفس مصنوعة من حوافظ الملفات)؛ وربما يستخدم خيارًا آخر وهو أن يجلس الطفل في زاوية الحجرة ملفوفًا في بطانية ثقيلة أثناء استماعه إلىٰ بعض الموسيقىٰ الهادئة عبر سماعات الرأس؛ إذ يمكن للمواضع الآمنة أن تساعد الأطفال علىٰ الهدوء بتوفيرها الوعي الحسي المنبِّه: كملمس من الخَيْش أو القطيفة؛ علب أحذية مبطنة بفُرَش ناعمة وألعاب مرنة؛ ثم حين يصير الطفل مستعدًّا للتحدث مجددًا يتم تشجيعه علىٰ إخبار شخص ما بما يجري قبل أن ينضم إلىٰ المجموعة من جديد.

هذا ويمكن للأطفال الذين تقل أعمارهم عن ثلاث سنوات نفخ فقاعات الصابون وتعلم أنهم إذا أبطؤوا تنفسهم إلىٰ ستة أنفاس في الدقيقة وركزوا علىٰ الزفير أثناء انسيابه علىٰ شفتهم العليا فسيشعرون بالهدوء والتركيز؛ وهكذا يعمل فريق مُدرِّسي اليوجا الخاص بنا مع الأطفال المقتربين من سن المراهقة علىٰ وجه التحديد لمساعدتهم علىٰ «مصادقة» أجسادهم والتعامل مع الأحاسيس الجسدية المضطربة؛ إذ نعلم أن أحد الأسباب الرئيسية لتعاطي المخدرات في سن المراهقة هو أنهم لا يستطيعون تحمل الأحاسيس الجسدية التي تشير إلىٰ الخوف، والحنق، والعجز.

يمكن تعليم التنظيم الذاتي للعديد من الأطفال الذين يتذبذبون بين النشاط المحموم والشلل، وكما أن جميع الأطفال بحاجة إلىٰ تعلم القراءة والكتابة والحساب فهم أيضًا بحاجة إلىٰ تعلم الوعي الذاتي، والتنظيم الذاتي، والتواصل كجزء من مقرراتهم الدراسية الأساسية؛ فمثلما نعلمهم التاريخ والجغرافيا يجب أن نعلمهم كيف تعمل أدمغتهم وأجسادهم، فسواء كنا راشدين أو أطفالًا فسيطرتنا

علىٰ أنفسنا مرهونة بأن نكون علىٰ دراية بعالمنا الداخلي وبتحديد ما يخيفنا، أو يوعكنا، أو يبهجنا تحديدًا دقيقًا.

ويبدأ الذكاء الانفعالي بوسم مشاعرك والتناغم مع عواطف من حولك، ونبدأ هذا بكل بساطة باستخدام المرايا؛ إذ يساعد النظرُ في المرآة الأطفالَ علىٰ إدراكهم لمظهرهم حين يحزنون، أو يغضبون، أو يضجرون، أو يُحبطون؛ ثم نسألهم: «بم تشعر حين ترىٰ وجهًا كهذا؟»؛ كما نعلمهم كيف تتشيد أدمغتهم، ولماذا تحدث انفعالاتهم، وأين يتم تدوينها في أجسادهم، وكيف يمكنهم توصيل مشاعرهم لمن حولهم من الناس؛ كما يتعلمون أن عضلاتهم الوجهية تعطي تلميحات بخصوص ما يشعرون به ثم يجرِّبون كيف تؤثر تعابيرهم الوجهية علىٰ الآخرين.

هذا ونقوم بتقوية برج المراقبة الدماغي من خلال تعليمهم كيفية تمييز أحاسيسهم الجسدية وتسميتها؛ فعلىٰ سبيل المثال: نعلمهم أنه حين يضيق صدرهم فذلك معناه علىٰ الأرجح أنهم متوترون؛ حيث يصبح تنفسهم ضحلًا ويشعرون بالضيق؛ ثم نسألهم كيف يبدو الغضب بالنسبة لهم، ونعلمهم ما الذي يمكنهم فعله لتغيير هذا الإحساس في أجسادهم؟ ماذا يحدث إذا قاموا بشهيق عميق أو أخذوا بعض الوقت لقفز الحبل أو ضرب كيس الملاكمة؟ هل ينفعهم النقر علىٰ نقاط الضغط الإبري؟ وهكذا نحاول تزويد كلٍّ من الأطفال، والمعلمين، ومقدمي الرعاية الآخرين بمجموعة أدوات وطرائق لتولي مسؤولية ردود فعلهم الانفعالية.

ولتعزيز التبادلية نستخدم تمارين انعكاسٍ أخرىٰ -والتي تُعتبر أساس التواصل التفاعلي الآمن- حيث يتدرب الأطفال علىٰ تقليد التعابير الوجهية لبعضهم بعضًا، ثم يشرعون في تقليد الإيماءات والأصوات، ثم يتطورون إلىٰ التحرك المتزامن. وليلعبوا بشكل جيد يتوجب عليهم الانتباه إلىٰ رؤية وسماع بعضهم بعضًا رؤية وسماعًا صادقين. هذا وتؤدي ألعاب مثل «سايمون يقول»[1]

---

(١) هي لعبة أطفال لثلاثة لاعبين أو أكثر، حيث يلعب أحدهم دور «سايمون» ويصدر التعليمات *

Simon Says إلىٰ الكثير من الضحك والقهقهة؛ التي هي علامات الأمان والاسترخاء، لكن حين يرفض المراهقون هذه «الألعاب الغبية» نومئ بأننا متفهمون، لكننا نحشد تعاونهم بطريق آخر، حيث نطلب منهم القيام بشرح هذه الألعاب للأطفال الصغار، الذين «يحتاجون إلىٰ مساعدتهم».

يتعلم المدرسون والقادة أن نشاطًا بسيطًا مثل محاولة إبقاء كرة الشاطئ في الهواء لأطول فترة ممكنة يساعد المجموعات علىٰ أن تصبح أكثر تركيزًا، وتماسكًا، ومرحًا؛ وهذه تدخلات غير مكلفة. وفي حالة الأطفال الأكبر سنًّا قامت بعض المدارس بتركيب وحدات حاسوبية تكلفتها أقل من مائتي دولار حيث يستطيع الطلاب لعب الألعاب الحاسوبية لمساعدتهم علىٰ التركيز وتحسين متغيرية معدل نبضهم (التي ناقشتها في الفصل السادس عشر)، تمامًا كما نفعل في عيادتنا.

يحتاج الأطفال والكبار علىٰ حد سواء إلىٰ تجربة مدىٰ روعة العمل بأقصىٰ قدراتهم، والمرونة النفسية هي نتاج الوكالة: معرفة أن ما تفعله يمكن أن يحدث فرقًا؛ وفي هذا يتذكر الكثير منا ما كان يعنيه لنا المشاركة في الألعاب الجماعية، أو الغناء في جوقة المدرسة، أو اللعب في فرقة المسيرة، خاصة إذا كنا قد حظينا بمدربين أو مديرين يؤمنون بنا، ويدفعوننا إلىٰ التفوق، ويعلّموننا أننا نستطيع أن نكون أفضل مما نظن. ولذا يحتاج الأطفال الذين نساعدهم إلىٰ مثل هذه الخبرة.

تعمل ألعاب القوىٰ، والعزف، والرقص، والعروض المسرحية علىٰ تعزيز الوكالة والجماعية، كما تُشرِك الأطفال في تحديات جديدة وأدوار غير معتادة؛ لذا يقوم صديقاي إيلي نيوبيرجر Eli Newberger وزوجته كارولين Carolyn، في بلدة «نيو إنجلاند» المتهالكة، بتعليم برنامج «إل سِسْتِما» El Sistema، وهو برنامج

= (التي عادةً ما تكون إجراءات جسدية مثل «القفز في الهواء» أو «التمسك بلسانك») للاعبين الآخرين، والتي يجب اتباعها فقط عند قوله عبارة «سايمون يقول»، إذ يخسر اللاعب إما باتباع التعليمات غير المسبوقة مباشرة بهذه العبارة، أو بالفشل في اتباع التعليمات التي تتضمن عبارة «سايمون يقول»؛ وهكذا فالقدرة علىٰ التمييز بين الأوامر الحقيقية والمزيفة -بدلًا من القدرة الجسدية- هي المهمة عادةً في هذه اللعبة. موقع emirate.wiki (المترجم).

موسيقىٰ أُورْكِسْتِريّ نشأ في دولة فنزويلا؛ كما يدير بضعة من طلابي برنامجًا لتعليم فن الكابويرا البرازيلي لطلاب المدارس في منطقة عالية الجريمة ببوسطن، كما يواصل زملائي في «تروما سنتر» إقامة برنامج «تروما دراما». ومن الجدير بالذكر أنني في العام الماضي قضيت ثلاثة أسابيع في مساعدة ولدين علىٰ تحضير مشهد من «يوليوس قيصر»: كان أحدهما مخنثًا وخجولًا يلعب دور بروتوس وتعين عليه استجماع قوته الكاملة لإسقاط كاسيوس Cassius، الذي كان يلعبه متنمر الفصل، والذي اضطررناه إلىٰ التدرب علىٰ لعب دور الجنرال الفاسد الذي يستجدي الرحمة. لكن الحياة لم تدب في المشهد إلا بعد تحدث الأخير عن عنف والده معه وعهده الذي أخذه علىٰ نفسه بألا يظهر ضعفًا لأحد (معظم المتنمرين هم أنفسهم قد تعرضوا للتنمر، لذا يحتقرون الأطفال الذين يذكرونهم بهشاشتهم وضعفهم)، ومن ناحية أخرىٰ فقد انبثق الصوت القوي من بروتوس بعد إدراكه أنه كان يلاشىٰ نفسه من الوجود ليتعايش مع عنف أسرته.

هذه الجهود الجماعية المكثفة تجبر الأطفال علىٰ التعاون، والمساومة، وإبقاء التركيز علىٰ المهمة المطروحة؛ ورغم أن التوترات غالبًا ما تنشب أثناء العمل إلا أن الأطفال يلتزمون بالمهمة لأنهم يرغبون في كسب احترام مدربيهم أو المخرجين ويريدون ألا يخذلوا الفريق؛ وهكذا تنقدح بداخلهم كل المشاعر المتعارضة مع الهشاشة الناتجة عن التعرض للإيذاء التعسفي، ومع التلاشي الناتج عن الإهمال، ومع العزلة البئيسة الناتجة عن الصدمة.

ومن الجدير بالذكر أن برامج «الشبكة الوطنية» الخاصة بنا تجدي نفعًا: إذ يصبح الأطفال أقل قلقًا وثورانًا، ويصيرون أَخَفّ عدوانية أو انسحابًا؛ كما يتعايشون بشكل أفضل ويتحسن أداؤهم المدرسي؛ هذا وتقل لديهم مشاكل نقص الانتباه، وفرط النشاط، و«التحدي المعارض»؛ كما يبلغنا الآباء عن تحسن نوم أطفالهم. ورغم أن هناك أشياء فظيعة ما زالت تحدث لهم وحولهم إلا أنهم صاروا الآن قادرين علىٰ التكلم عن هذه الأحداث؛ لقد قاموا ببناء الثقة والمصادر لالتماس المساعدة التي يحتاجونها. فالتدخلات تنجح إذا كانت

معتمدة علىٰ منابع التعاون الطبيعية التي لدينا وعلىٰ استجاباتنا الفطرية للأمان، والتبادلية، والخيال.

لا تكف الصدمة عن مواجهتنا بهشاشتنا وبانسلاخ الإنسان عن إنسانيته، لكنها تواجهنا أيضًا بمرونتنا الاستثنائية؛ فلقد اقتدرتُ علىٰ القيام بهذا العمل لهذه المدة الطويلة لأنه جذبني نحو استكشاف منابع البهجة، والإبداع، والمعنىٰ، والتواصل التي لدينا؛ كل الأمور التي تجعل الحياة جديرة بالعيش. وإنني لأعجز عن تخيل كيف كنت سأتكيف مع ما كابده العديد من مرضاي، لذا فإنني أنظر لأعراضهم باعتبارها جزءًا من قوتهم؛ بأنها السبل التي تعلموها للبقاء/النجاة؛ وبالرغم من كل ما يعانونه فقد أصبح الكثير منهم أزواجًا وآباء حنونين، ومدرسات فاضلات، وممرضات، وعلماء، وفنانين.

ومن اللافت للنظر أن معظم كبار المحرضين علىٰ التغيير الاجتماعي لديهم معرفة شخصية ووثيقة بالصدمة؛ ويتبادر إلىٰ ذهني أوبرا وينفري Oprah Winfrey، وكذلك مايا أنجيلو Maya Angelou، ونيلسون مانديلا Nelson Mandela، وإيلي ويزل Elie Wiesel؛ ولتقرأ سيرة أي شخص ثاقب الفكر وستجد لديه بصيرة وشغفًا نبعا من تعامله مع الدمار والخراب.

كما ينطبق نفس الشيء علىٰ المجتمعات؛ فلقد انحدر العديد من تطوراتنا العميقة من اختبار الصدمة: إلغاء العبودية إثر «الحرب الأهلية»، و«الضمان الاجتماعي» استجابة لـ«الكساد الكبير»، و«فاتورة المحاربين»، والتي أنتجت بعد الحرب العالمية الثانية الطبقةَ الوسطىٰ التي كانت ذات يوم كبيرة ومزدهرة. لكن الصدمة اليوم تُعد أكثر قضايا الصحة العامة إلحاحًا عندنا، كما أن لدينا المعرفة اللازمة للاستجابة لها بفعالية؛ والخيار بيدنا للتصرف وفق ما نعلمه.

امتنان

يمثل هذا الكتاب ثمرة ثلاثين عامًا من السعي لفهم كيفية تعامل الناس مع الخبرات الصدمية، ونجاتهم وتشافيهم منها؛ ثلاثون عامًا من العمل الإكلينيكي مع الرجال والنساء والأطفال المصدومين؛ ومناقشات لا حصر لها مع الزملاء والطلاب، ومشاركة في تطور العلوم المهتمة بكيفية تعامل العقل، والدماغ، والجسد مع الخبرات الساحقة وتعافيهم منها.

دعوني أبدأ بمن ساعدوني في تنظيم هذا الكتاب، ثم نشره في نهاية المطاف: توني بوريانك، محرّري، الذي ظللت أتواصل معه عدة مرات كل أسبوع علىٰ مدار عامين حول نطاق الكتاب، وتنظيمه، ومحتوياته المحددة؛ لقد فَقِه توني ما يدور حوله هذا الكتاب، فكان هذا الفقه بالغ الأهمية في تحديد شكله ومضمونه. كما أدركت وكيلتي الأدبية، بريتن بلوم، أهمية هذا العمل، فأوجدت له مكانًا مع شركة «فايكينغ» Viking، وقدمت الدعم الحاسم في الأوقات الحرجة. ثم قدَّم ريك كوت، محرري في «فايكينغ»، تعقيبات وإرشادات تحريرية لا تقدر بثمن.

هذا وقد وفَّر زملائي وطلابي بـ «تروما سنتر» التربة المغذية، والمختبر، ونظام الدعم لهذا العمل؛ كما كانوا بمثابة تذكير دائم بالواقعية المعتدلة التي اتسم بها عملنا خلال هذه العقود الثلاثة. وليس بمقدوري ذكر أسمائهم جميعًا، لكن جوزيف سبينازولا، ومارغريت بلوستين، وروزلين مور، وريتشارد جاكوبس،

وليز وارنر، وويندي داندريا، وجيم هوبر، وفران غروسمان، وأليكس كوك، ومارلا زوكر، وكيفن بيكر، وديفيد إيمرسون، وستيف جروس، ودانا مور، وروبرت ماسي، وليز رايس سميث، وباتي ليڤين، ونينا موراي، ومارك غابن، وكاري بيكور، وديبي كورن، وبيتا دي بوير ڤان در كولك؛ كل أولئك كان تعاونهم بالغ الأهمية. ولا أنسىٰ بالطبع آندي بوند وسوزان واين من «معهد موارد العدالة».

كان أهم رفاقي ومرشديَّ في فهم الكرب الصدمي وأبحاثه هم ألكسندر ماكفارلين، وأونو فان دير هارت، وروث لانيوس، وبول فريوين، وراشيل يهودا، وستيفن بورجيس، وجلين ساكس، وجاك بانكسيب، وجانيت أوسترمان، وجوليان فورد، وبراد ستولباك، وفرانك. وبوتنام، وبروس بيري، وجوديث هيرمان، وروبرت بينوس، وبيرتهولد جيرسون، وإليرت نيجينهويس، وأنيت ستريك فيشر، وماريلين كلويتري، ودان سيجل، وإيلي نيوبيرجر، وفينسينت فيليتي، وروبرت أندا، ومارتن تيشر؛ إلىٰ جانب زملائي الذين علَّموني عن التعلق: إدوارد ترونيك، وكارلين ليونز روث، وبياتريس بيبي.

حين قرأ بيتر ليڤين، وبات أوغدن، وألبرت بيسو ورقتي عن أهمية الجسد في الكرب الصدمي عام ١٩٩٤م عرضوا عليّ أن يعلموني عن الجسد -ولا أزال أتعلم منهم إلىٰ اليوم-، ومنذ ذلك الحين وقد اتسع التعلم علىٰ يد معلمي اليوغا والتأمل ستيفن كوب، وجون كابات زين، وجاك كورنفيلد.

سيبرن فيشر هي أول من علمني عن الارتجاع العصبي، ثم بسط إد هاملين ولاري هيرشبرغ ذلك الفهم لاحقًا؛ هذا وقد علمني ريتشارد شڤارتز علاج «الأسرة الداخلية» كما ساعد في كتابة الفصل الخاص به. كما عرَّفتني كيبي ديوي وسينسا كاميون علىٰ المسرح، وسعت تينا باكر إلىٰ تعليمي كيفية القيام بذلك، كما قدَّم أندرو بورثويك - ليزلي تفاصيل مهمة.

هذا وقدم آدم كامينغز، وإيمي سوليفان، وسوزان ميلر دعمًا لولاه لعجزنا عن إنجاز العديد من المشاريع المذكورة في هذا الكتاب.

كما خلقت ليكيا سكاي البيئة التي سمحت لي بالتركيز علىٰ تأليف هذا الكتاب؛ وقدمت تعليقات لا تقدر بثمن علىٰ كل فصل من الفصول؛ كما تبرعت بهداياها الفنية للعديد من الرسوم التوضيحية؛ وساهمت في الفقرات الخاصة بالوعي بالجسم ومواد الحالات الإكلينيكية. ولا أنسىٰ سكرتيرتي الأمينة، أنجيلا لين، التي تعاملت مع أزمات متعددة وحافظت علىٰ جريان سفينتنا بسرعتها القصوىٰ. وكثيرًا وفَّر لي إد شونبيرج وزوجته إديث مأوىٰ من العواصف؛ كما كان باري غولدنسون وزوجته لوري بمثابة النقد الأدبي ومصدر الإلهام. ولقد أظهر لي طفلاي، هانا ونيكولاس، أن كل جيل جديد يعيش في عالم مختلف جذريًّا عن العالم السابق، وأن كل حياة فريدةٌ من نوعها = عملٌ إبداعي من إنتاج صاحبها، يتحدىٰ التفسير بالوراثة، أو البيئة، أو الثقافة فحسب.

وأخيرًا مرضاي، الذين أهدي إليهم هذا الكتاب، وليتني أستطيع ذكركم جميعًا بالاسم؛ الذين علموني كل شيء تقريبًا -إذ كنتم كتابي المرجعي الحقيقي- وكانوا تصديقًا علىٰ قوة الحياة، التي تدفعنا نحن البشر لخلق حياة ذات معنىٰ، بغض النظر عن العقبات التي نواجهها.

ملحق المعايير المقترحة
المتفق عليها لاضطراب الصدمة النمائية

الهدف من تقديم تشخيص «اضطراب الصدمة النمائية» هو التقاط واقع العروض الإكلينيكية التي تظهر علىٰ الأطفال والمراهقين المعرضين لصدمات تفاعلية (بين شخصية) مزمنة، وبالتالي توجيه الأطباء لابتكار تدخلات ناجعة واستخدام الموجود منها وحث الباحثين علىٰ دراسة نيوروبيولوجيا العنف التفاعلي المزمن وكيفية انتقاله. فسواء أظهر الأطفال أعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة أم لا فالذين ترعرعوا في سياق الخطر المتواصل، وسوء المعاملة، وضعف أنظمة تقديم الرعاية لا ينتفعون من النظام التشخيصي الحالي، حيث يؤدي في كثير من الأحيان إلىٰ عدم الوصول لتشخيص ما، أو إلىٰ تشخيصات متعددة غير ذات الصلة، والتركيز علىٰ التحكم السلوكي دون تمييز الصدمة العلائقية وانعدام الأمان في مسببات الأعراض، والغفلة عن تخفيف الاختلالات النمائية الكامنة وراء الأعراض.

لقد تم وضع «المعايير المقترحة المتفق عليها لاضطراب الصدمة النمائية» ثم طرحها في فبراير ٢٠٠٩م من قبل فريق عمل تابع لـ «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي» بقيادة بيسل ڤان در كولك «طبيب»، وروبرت بينوس «طبيب»، ودانتي سيشيتي «دكتوراة»، وماريلين كلويتري «دكتوراة»، وويندي دي أندريا «دكتوراة»، وجوليان فورد «دكتوراة»، وأليسيا ليبرمان «دكتوراة»، وفرانك دبليو بوتنام «طبيب»، وجلين ساكس «طبيب»، وجوزيف سبينازولا «دكتوراة»، وبرادلي

ستولباخ «دكتوراة»، ومارتن تيشر «طبيب»، «دكتوراه». هذه المعايير المقترحة المتفق عليها مستندة إلىٰ المراجعة الشاملة للأدبيات التجريبية، والحكمة الإكلينيكية الخبيرة، واستطلاعات الرأي لأطباء «الشبكة الوطنية»، والتحليل الأولي للبيانات المستمدة من آلاف الأطفال في العديد من البيئات الإكلينيكية وأنظمة خدمة الأطفال بما في ذلك مراكز علاج «الشبكة الوطنية»، وأجهزة الدولة لرفاهة الطفل، ومراكز الطب النفسي للمرضىٰ الداخليين، ومراكز احتجاز الأحداث. ونظرًا لأنه لم يتم جمع البيانات أو تحليلها بصورة استباقية لفحص صدق هذه المعايير المقترحة، أو انتشارها، أو عتبات أعراضها[1]، أو فائدتها الإكلينيكية فلا ينبغي اعتبارها فئة تشخيصية رسمية تندرج في «الدليل التشخيصي والإحصائي» كما هي مكتوبة هنا؛ وإنما تهدف إلىٰ وصف الأعراض الأهم إكلينيكيًا التي تظهر علىٰ كثير من الأطفال والمراهقين بعد الصدمات المتراكبة. ولقد وجهت هذه المعاييرُ المقترحة التجاربَ الميدانية لـ «اضطراب الصدمة النمائية» التي بدأت في عام ٢٠٠٩م ولا تزال مستمرة حتىٰ يومنا هذا.

المعايير المقترحة المتفق عليها لـ «اضطراب الصدمة النمائية»

أ- التعرض. لقد اختبر الطفل أو المراهق -أو شهد- أحداثًا ضائرة متعددة أو مُطَوَّلة علىٰ مدىٰ سنة واحدة علىٰ الأقل، بدأت في مرحلة الطفولة أو المراهقة المبكرة، ويتضمن ذلك:

أ- ١. اختبار أو شهود مباشر لنوبات متكررة وشديدة من العنف بين الشخصي.

أ- ٢. اختلالات جسيمة في سمة الحماية التي ينطوي عليها تقديم الرعاية، نتيجة تغيرات متكررة في مقدم الرعاية الأساسي؛ أو الانفصال المتكرر عن مقدم الرعاية الأساسي؛ أو التعرض لانتهاك وجداني شديد ودائم.

---

(١) العَتَبَة threshold: مصطلح يستخدم في الفسيولوجيا وعلم النفس للإشارة إلىٰ الحد الأدنىٰ من التنبيه اللازم لحدوث الاستجابة. (ص)

ب- الاختلال الانفعالي والفسيولوجي: يُظهر الطفل ضعفًا في الكفاءات النمائية المعيارية المتعلقة بتنظيم التيقظ، ويتضمن ذلك اثنين علىٰ الأقل مما يلي:

ب- ١. العجز عن تلطيف الحالات الانفعالية الشديدة (كالخوف، والغضب، والخزي)، أو إطاقتها، أو العودة منها إلىٰ الحالة الطبيعية؛ ويتضمن ذلك الثوران أو التجمد المطوَّلَيْن أو الشديدَين.

ب- ٢. اضطرابات في تنظيم الوظائف الجسدية (كاضطرابات دائمة في عمليات النوم، والأكل، والإخراج؛ أو فرط التفاعلية أو نقصها تجاه التلامس والأصوات؛ أو الاختلال أثناء التحولات الروتينية)

ب- ٣. ضعف الوعي بـ (أو تفارق) الأحاسيس، والعواطف، والحالات الجسدية.

ب- ٤. ضعف القدرة علىٰ وصف العواطف أو الحالات الجسدية.

جـ- الاختلال الانتباهي والسلوكي: يُظهر الطفل ضعفًا في الكفاءات النمائية المعيارية المتعلقة بحفظ الانتباه، أو التعلم أو التعامل مع الكرب، ويتضمن ذلك ثلاثة علىٰ الأقل مما يلي:

جـ- ١. انشغال الفكر بالتهديد، أو ضعف القدرة علىٰ إدراك التهديد، بما في ذلك التباس تلميحات الأمان والخطر.

جـ- ٢. ضعف القدرة علىٰ حماية الذات، بما في ذلك التطرف في المجازفة أو السعي وراء الإثارة.

جـ- ٣. السعي إلىٰ تهدئة الذات بمحاولات سيئة التكيف (علىٰ سبيل المثال: التهزهز والحركات الإيقاعية الأخرىٰ، الاستمناء القهري).

جـ- ٤. إيذاء الذات علىٰ نحو اعتيادي (سواء أكان بصورة متعمدة أو تلقائية) أو تفاعلي.

جـ- ٥. العجز عن ابتداء السلوك الموجه الهادف أو استدامته.

د- الاختلال الذاتي والعلائقي: يُظهر الطفل ضعفًا في الكفاءات النمائية المعيارية في حسه بالهوية الشخصية والانخراط في العلاقات، ويتضمن ذلك ثلاثة علىٰ الأقل مما يلي:

د- ١. انشغال شديد بسلامة مقدم الرعاية أو غيره من المحبوبين (بما في ذلك التقديم الباكر للرعاية) أو صعوبة إطاقة الاندماج معهم بعد الانفصال.

د- ٢. حسٌّ بالذات سلبي ودائم، بما في ذلك كراهية الذات، أو الشعور بالعجز، أو انعدام القيمة، أو انعدام التأثير، أو المعيوبية.

د- ٣. شك أو عناد شديدين ودائمين في العلاقات الوطيدة بالراشدين أو الأقران أو افتقار شديد ودائم إلىٰ السلوك التبادلي فيها.

د- ٤. عدوان تفاعلي جسدي أو لفظي تجاه الأقران، أو مقدمي الرعاية، أو غيرهم من الراشدين.

د- ٥. محاولات غير صائبة (مفرطة أو عشوائية) لنيل الاتصال الحميم (ويشمل ذلك الحميميةَ الجنسية أو الجسدية علىٰ سبيل المثال لا الحصر) أو اعتماد مفرط علىٰ الأقران أو الراشدين من أجل الأمان والتطمين.

د- ٦. ضعف القدرة علىٰ تنظيم التيقظ التشاعري، ويدل عليه الافتقارُ للتشاعر مع تعبيرات الاكتراب لدىٰ الآخرين، أو عدم تحملها، أو فرط الاستجابية لاكتراب الآخرين.

هـ- أعراض الطيف التالي للصدمة: يُظهر الطفل عرضًا واحدًا علىٰ الأقل في اثنتين علىٰ الأقل من المجموعات الثلاث لأعراض اضطراب الكرب التالي للصدمة: ب، وجـ، ود.

و- مدة الاضطراب (الأعراض في «معايير اضطراب الصدمة النمائية» ب، وجـ، ود، وهـ) ٦: أشهر علىٰ الأقل.

ز- الضعف الوظيفي: يسبب الاضطراب اكترابًا أو قصورًا هامًّا من الناحية الإكلينيكية في اثنين علىٰ الأقل من المجالات الوظيفية التالية:

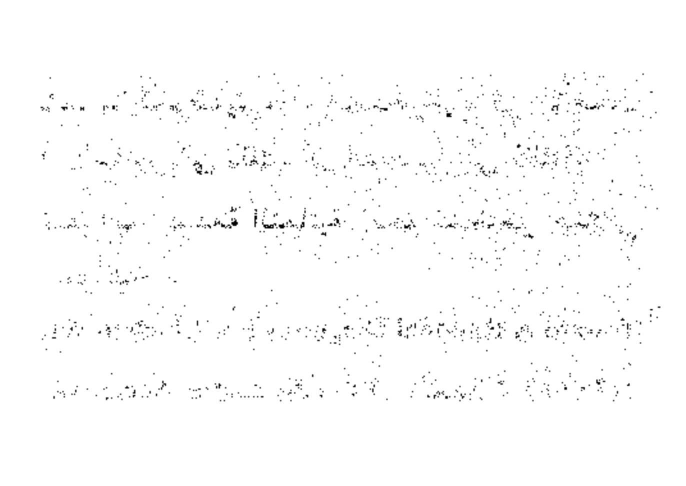
* المَدرسي.
* الأسري.
* مجموعات الأقران.

* القانوني.
* الصحي.
* المهني (في حالة الشباب الموظفين، أو المنخرطين في الأعمال التطوعية، أو التدرب المهني؛ أو الساعين إلىٰ ذلك، أو المحالين إلىٰ ذلك).

بيسل ڤان در كولك: «اضطراب الصدمة النمائية: نحو تشخيص عقلاني للأطفال ذوي تاريخ الصدمات المتراكبة».

Toward A Rational Diagnosis For Children With Complex Trauma Histories,

مجلة «سجلات نفسانية» Psychiatric Annals، ٣٥، العدد ٥ (٢٠٠٥): ٤٠١-٤٠٨.



مصادر خارجية

معلومات عامة عن الصدمة وعلاجها

* «تروما سنتر» في «معهد موارد العدالة». هذا هو الموقع الإلكتروني لـ «تروما سنتر» الذي أضطلع بدور مديره الطبي، والذي يحتوي على العديد من الموارد للشرائح المجتمعية الخاصة، والمناهج العلاجية المختلفة، والمحاضرات والدورات: http//:www.traumacenter.org .

* «صفحات معلومات الصدمة» Trauma Information Pages الخاصة بـ ديفيد بالدوين David Baldwin: توفر معلومات للأطباء والباحثين في مجال الكرب الصدمي: http//:www.trauma-pages.com .

* «الشبكة الوطنية للكرب الصدمي الطفلي»: علاجات ناجعة للشباب، وتدريب على الصدمات، وتدابير تعليمية؛ ومراجعات للتدابير الموجهة للتحقق من الصدمات من أجل الآباء، والمعلمين، والقضاة، ووكالات عافية الطفل، والعسكريين، والمعالجين النفسيين: http//:www.nctsnet.org

* الجمعية الأمريكية لعلم النفس: دليل مرجعي للمصدومين وأحبابهم:
http//:www.apa.org/topics/trauma./

* الخبرات الطفولية الضائرة. بضع من المواقع الإلكترونية المخصصة لدراسة «الخبرات الطفولية الضائرة» وعواقبها:

*http//:acestoohigh.com/got-your-ace-score

*http//:www.cdc.gov/violenceprevention/acesstudy.

*http//:aces tudy.org.

* Gift from Within: - مصادر للناجين ومقدمي الرعاية بخصوص اضطراب الكرب التالي للصدمة: giftfromwithin.org.

* There & Back Again: هي منظمة غير ربحية تدعم عافية أعضاء الخدمة العسكرية. وتتمثل مهمتها في تقديم خدمات دعم المحاربين القدامىٰ:
http//:thereandbackagain.org.

* HelpPRO Therapist Finder: قوائم شاملة للمعالجين المحليين المتخصصين في الصدمات وغيرها من القضايا المقلقة، وللفئات العمرية المحددة التي يخدمونها، ولخيارات الدفع التي يقبلونها، وغير ذلك:
http//:www.helppro.com./

* Sidran Foundation: للذكريات الصدمية والمعلومات العامة حول التعامل مع الصدمات: http//:www.sidran.org.

* علم الصدمات Traumatology: مجلة Green Cross Academy of Traumatology، ويحررها تشارلز فيجلي
Charles Figley/:http//:www.greencross.org.

* PILOTS database: هي قاعدة بيانات تتيح البحث في الأدبيات العالمية المتعلقة باضطراب الكرب التالي للصدمة، وينتجها «المركز الوطني لاضطراب الكرب التالي للصدمة» National Center for PTSDhttp//:search.proquest.com/pilots الرقم التعريفي للحساب «accountid = ٢٨١٧٩.

مصادر حكومية

* «المركز الوطني لاضطراب الكرب التالي للصدمة» يحتوي علىٰ روابط لـ الأبحاث الربع سنوية لاضطراب الكرب التالي للصدمة وأقسام «المركز الوطني»، بما في ذلك قسم العلوم السلوكية، وقسم علم الأعصاب الإكلينيكي، وقسم علوم صحة المرأة: http//:www.ptsd.va.gov.

* مكتب ضحايا الجريمة في وزارة العدل.

Office for Victims of Crime in the Department of Justice:

يوفر مجموعة متنوعة من الموارد لضحايا الجرائم في الولايات المتحدة وعلى الصعيد الدولي، بما في ذلك «الدليل الوطني لفرص تمويل إعانة الضحايا» National Directory of Victim Assistance Funding Opportunities، والذي يسرد -حسب الولاية والإقليم- أسماء جهات الاتصال، والعناوين البريدية، وأرقام الهواتف، وعناوين البريد الإلكتروني الخاصة ببرامج المنح الفيدرالية التي تقدم العون لضحايا الجرائم: http//:ojp.gov/ovc./

* «المعاهد الوطنية للصحة» النفسية:

http//:www.nimh.nih.gov/health/topics/post-traumatic-stress-disorder-ptsd/index.shtml

* مواقع ويب متخصصة في التعامل مع الصدمات والذكريات.

* Jim Hopper.com: معلومات عن مراحل التعافي، والذكريات المستعادة، ومراجعة مستفيضة للأدبيات حول تذكر الصدمات.

* «مشروع الذاكرة المستعادة» The Recovered Memory Project: قام بجمع الأرشيف روس شيت Ross Cheit من جامعة براون Brown.

University: http//:www.brown.edu/academics/taubman-center/

الأدوية

* حول الأدوية المستخدمة في علاج اضطراب الكرب التالي للصدمة الناجم عن الحرب: جوناثان شاي Jonathan Shay، طبيب، دكتوراه، استشاري الطب النفسي، «عيادة بوسطن الخارجية للمحاربين القدامى».

*http//:www.webmd.com/drugs/condition-1020post + traumatic + stress + disorderaspx?diseaseid = 10200 diseasename = post + traumatic + stress + disorder

منظمات مهنية
تركز على الأبحاث العامة حول الصدمة ونشرها

* «الجمعية الدولية لدراسات الإجهاد الناتج عن الصدمات»:

International Society for Traumatic Stress Studies www.istss.comhttp//:www.istss.com

* «الجمعية الأوروبية لدراسات الإجهاد الناتج عن الصدمات»:

European Society for Traumatic Stress Studies: http//:www.estss.org

* الجمعية الدولية لدراسة الصدمات والتفارق:

International Society for the Study of Trauma and Dissociation (ISSTD): http//:www.isst-d.org

منظمات مهنية
تتعامل مع طرق علاجية معينة

* إعادة المعالجة الذكروية EMDR: «الجمعية الدولية للمعالجة الذكروية»

The EMDR International Association

http//:www.emdria.org/

* العلاج النفسي الحسي الحركي: «سنسوري موتور إنستتيوت» Sensorimotor Institute (أسسته بات أوغدن):

http//:www.sensorimotorpsychotherapy.org/home/index.html

* الخَبْر الجسماني (أسسه بيتر ليفين):

http//:www.traumahealing.com/somatic-experiencing/index.html

* علاج «أنظمة الأسرة الداخلية»:

http//:www.selfleadership.org/

* «نظام بيسو/بويدن للعلاج النفسي الحركي»: PBSP.com

برامج المسرح

(عينة من البرامج الموجهة للشباب المصدومين)

* «إربان إمبروف» يستخدم ورش عمل مسرحية ارتجالية لتعليم أساليب منع العنف، وحل النزاعات، واتخاذ القرارات:

http//:www.urbanimprov.org/

* «ذا بوسيبيليتي بروجكت» مقره بمدينة نيويورك:

http//:the-possibility- project.org/http//:the-possibility-project.org/

* «شكسبير إن ذا كورتس»:

http//:www.shakespeare.org/education/for-youth/shakespeare-courts/

اليوجا واليقظة الذهنية

* http//:givebackyoga.org/
* http//:www.kripalu.org/
* http//:www.mindandlife.org

ترشيحات للقراءة المستفيضة
التعامل مع الأطفال المصدومين

Blaustein, Margaret, and Kristine Kinniburgh. Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience through Attachment, Self-Regulation, and Competency. New York: Guilford, 2012..

Hughes, Daniel. Building the Bonds of Attachment. New York: Jason Aronson, 2006.

Perry, Bruce, and Maia Szalavitz. The Boy Who Was Raised as a Dog: And Other Stories from a Child Psychiatrist's Notebook. New York: Basic Books, 2006.

Terr, Lenore. Too Scared to Cry: Psychic Trauma in Childhood. Basic Books, 2008.

Terr, Lenore C. Working with Children to Heal Interpersonal Trauma: The Power of Play. Ed., Eliana Gil. New York: Guilford Press, 2011.

Saxe, Glenn, Heidi Ellis, and Julie Kaplow. Collaborative Treatment of Traumatized Children and Teens: The Trauma Systems Therapy Approach. New York: Guilford Press, 2006.

Lieberman, Alicia, and Patricia van Horn. Psychotherapy with Infants and Young Children: Repairing the Effects of Stress and Trauma on Early Attachment. New York: Guilford Press, 2011.

العلاج النفسي

Siegel, Daniel J. Mindsight: The New Science of Personal Transformation. New York: Norton, 2010.

Fosha D., M. Solomon, and D. J. Siegel. The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development and Clinical Practice (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.

Siegel, D., and M. Solomon: Healing Trauma: Attachment, Mind, Body and Brain (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2003.

Courtois, Christine, and Julian Ford. Treating Complex Traumatic Stress Disorders (Adults): Scientific Foundations and Therapeutic Models. New York: Guilford, 2013.

Herman, Judith. Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence from Domestic Abuse to Political Terror. New York: Basic Books, 1992.

الصدمة من منظور علم الأعصاب

Panksepp, Jaak, and Lucy Biven. The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2012.

Davidson, Richard, and Sharon Begley. The Emotional Life of Your Brain: How Its Unique Patterns Affect the Way You Think, Feel, and Liveand How You Can Change Them. New York: Hachette, 2012.

Porges, Stephen. The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Selfregulation (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2011.

Fogel, Alan. Body Sense: The Science and Practice of Embodied Self-Awareness (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2009.

Shore, Allan N. Affect Regulation and the Origin of the Self: The Neurobiology of Emotional Development. New York: Psychology Press, 1994.

Damasio, Antonio R. The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness. Houghton Mifflin Harcourt, 2000.

المقاربات الموَجَّهة للجسد

Cozzolino, Louis. The Neuroscience of Psychotherapy: Healing the Social Brain, second edition (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2010.

Ogden, Pat, and Kekuni Minton. Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy (Norton Series on Interpersonal Neurobiology). New York: Norton, 2008.

Levine, Peter A. In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness. Berkeley: North Atlantic, 2010.

Levine, Peter A., and Ann Frederic. Waking the Tiger: Healing Trauma. Berkeley: North Atlantic, 2012.

Curran, Linda101. Trauma-Informed Interventions: Activities, Exercises and Assignments to Move the Client and Therapy Forward. PESI, 2013.

إعادة المعالجة الذكروية

Parnell, Laura. Attachment-Focused EMDR: Healing Relational Trauma. New York: Norton, 2013.

Shapiro, Francine. Getting Past Your Past: Take Control of Your Life with Self-Help Techniques from EMDR Therapy. Emmaus, PA: Rodale, 2012.

Shapiro, Francine, and Margot Silk Forrest. EMDR: The Breakthrough (Eye Movement) Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma. New York: Basic Books, 2004.

التعامل مع التفارق

Schwartz, Richard C. Internal Family Systems Therapy (The Guilford Family Therapy Series). New York: Guilford, 1997.

O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and F. Steele. The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. New York: Norton, 2006.

الزواج وشريك الحياة

Gottman, John. The Science of Trust: Emotional Attunement for Couples. New York: Norton, 2011.

اليوجا

Emerson, David, and Elizabeth Hopper. Overcoming Trauma through Yoga: Reclaiming Your Body. Berkeley: North Atlantic, 2012.

Cope, Stephen. Yoga and the Quest for the True Self. New York: Bantam Books, 1999.

الارتجاع العصبي

Fisher, Sebern. Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. New York: Norton, 2014.

Demos, John N. Getting Started with Neurofeedback. New York: Norton, 2005.

Evans, James R. Handbook of Neurofeedback: Dynamics and Clinical Applications. CRC Press, 2013.

الآثار الجسدية للصدمة

Mate, Gabor When the Body Says No: Understanding the StressDisease Connection. New York: Random House, 2011.

Sapolsky, Robert. Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. New York: Macmillan 2004.

التأمل واليقظة الذهنية

Zinn, Jon Kabat and Thich Nat Hanh. Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness, revised edition. New York: Random House, 2009.

Kornfield, Jack. A Path with Heart: A Guide Through The Perils and Promises of Spiritual Life. New York: Random House, 2009.

Goldstein, Joseph, and Jack Kornfield. Seeking the Heart of Wisdom: The Path of Insight Meditation. Shambhala Publications, 2001.

Pesso, Albert, and John S. Crandell. Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System-Psychomotor Therapy. Brookline Books, 1991.

Pesso, Albert. Experience In Action: A Psychomotor Psychology, New York: New York University Press, 1969.

المراجع

تمهيد

V. Felitti, et al. ›Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences)ACE(Study‹. American Journal of Preventive Medicine 14, no. 58–245 :(1998) 4.

الفصل الأول: دروس من قدامى الحرب الفيتنامية

A. Kardiner, The Traumatic Neuroses of War (New York: P. Hoeber, 1941). Later I discovered that numerous textbooks on war trauma were published around both the First and Second World Wars, but as Abram Kardiner wrote in 1947: "The subject of neurotic disturbances consequent upon war has, in the past 25 years, been submitted to a good deal of capriciousness in public interest and psychiatric whims. The public does not sustain its interest, which was very great after World War I, and neither does psychiatry. Hence these conditions are not subject to continuous study".

Op cit, p. 7.

B. A. van der Kolk, "Adolescent Vulnerability to Post Traumatic Stress Disorder," Psychiatry 48 (1985): 365-70.

S. A. Haley, "When the Patient Reports Atrocities: Specific Treatment Considerations of the Vietnam Veteran," Archives of General Psychiatry 30 (1974): 191-96.

E. Hartmann, B. A. van der Kolk, and M. Olfield, "A Preliminary Study of the Personality of the Nightmare Sufferer," American Journal of Psychiatry 138 (1981): 794-97; B. A. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: Lifelong and Traumatic Nightmares in Veterans," American Journal of Psychiatry 141 (1984): 187-90.

B. A. van der Kolk and C. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD," Journal of Traumatic Stress 2 (1989): 259-74.

Unlike normal memories, traumatic memories are more like fragments of sensations, emotions, reactions, and images, that keep getting reexperienced in the present. The studies of Holocaust memories at Yale by Dori Laub and Nanette C. Auerhahn, as well as Lawrence L. Langer's book Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory, and, most of all, Pierre Janet's 1889, 1893, and 1905 descriptions of the nature of traumatic memories helped us organize what we saw. That work will be discussed in the memory chapter.

D. J. Henderson, "Incest," in Comprehensive Textbook of Psychiatry, eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan, 2nd ed. (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), 1536.

Ibid.

K. H. Seal, et al., "Bringing the War Back Home: Mental Health Disorders Among 103,788 U.S. Veterans Returning from Iraq and Afghanistan Seen at Department of Veterans Affairs Facilities," Archives of Internal Medicine 167, no. 5 (2007): 476-82; C. W. Hoge, J. L. Auchterlonie, and C. S. Milliken, "Mental Health Problems, Use of Mental Health Services, and Attrition from Military Service After Returning from Deployment to Iraq or Afghanistan," Journal of the American Medical Association 295, no. 9 (2006): 1023-32.

D. G. Kilpatrick and B. E. Saunders, Prevalence and Consequences of Child Victimization: Results from the National Survey of Adolescents: Final Report (Charleston, SC: National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina 1997).

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families, Child Maltreatment 2007, 2009. See also U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Child Maltreatment 2010, 2011.

الفصل الثاني: ثورات في فهمنا للعقل والدماغ

G. Ross Baker, et al., "The Canadian Adverse Events Study: The Incidence of Adverse Events among Hospital Patients in Canada," Canadian Medical Association Journal 170, no. 11 (2004): 1678-86; A. C. McFarlane, et al., "Posttraumatic Stress Disorder in a General Psychiatric Inpatient Population," Journal of Traumatic Stress 14, no. 4 (2001): 633-45; Kim T. Mueser, et al., "Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in Severe Mental Illness," Journal of Consulting and Clinical Psychology 66, no. 3 (1998): 493; National Trauma Consortium, www.nationaltraumaconsortium.org.

E. Bleuler, Dementia Praecox or the Group of Schizophrenias, trans. J. Zinkin (Washington, DC: International Universities Press, 1950), p. 227.

L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, "Psychotherapy and Pharmacotherapy in Chronic Schizophrenia," American Journal of Psychiatry 124, no. 12 (1968): 1645-52. See also L. Grinspoon, J. Ewalt, and R. I. Shader, Schizophrenia: Psychotherapy and Pharmacotherapy (-Baltimore: Williams and Wilkins, 1972).

T. R. Insel, "Neuroscience: Shining Light on Depression," Science 317, no. 5839 (2007): 757-58. See also C. M. France, P. H. Lysaker, and R. P. Robinson, "The 'Chemical Imbalance' Explanation for Depression: Origins, Lay Endorsement, and Clinical Implications," Professional Psychology: Research and Practice 38 (2007): 411-20.

B. J. Deacon, and J. J. Lickel, "On the Brain Disease Model of Mental Disorders," Behavior Therapist 32, no. 6 (2009).

J. O. Cole, et al., "Drug Trials in Persistent Dyskinesia (Clozapine)," in Tardive Dyskinesia, Research and Treatment, ed. R. C. Smith, J. M. Davis, and W. E. Fahn (New York: Plenum, 1979).

E. F. Torrey, Out of the Shadows: Confronting America's Mental Illness Crisis (New York: John Wiley & Sons, 1997). However, other factors were equally important, such as President Kennedy's 1963 Community Mental Health Act, in which the federal government took over paying for mental health care and which rewarded states for treating mentally ill people in the community.

American Psychiatric Association, Committee on Nomenclature. Work Group to Revise DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Publishing, 1980).

S. F. Maier and M. E. Seligman, "Learned Helplessness: Theory and Evidence," Journal of Experimental Psychology: General 105, no. 1 (1976): 3. See also M. E. Seligman, S. F. Maier, and J.

Geer, "Alleviation of Learned Helplessness in the Dog," Journal of Abnormal Psychology 73, no. 3 (1968): 256; and R. L. Jackson, J. H. Alexander, and S. F. Maier, "Learned Helplessness, Inactivity, and Associative Deficits: Effects of Inescapable Shock on Response Choice Escape Learning," Journal of Experimental Psychology: Animal Behavior Processes 6, no. 1 (1980): 1.

G. A. Bradshaw and A. N. Schore, "How Elephants Are Opening Doors: Developmental Neuroethology, Attachment and Social Context," Ethology 113 (2007): 426-36.

D. Mitchell, S. Koleszar, and R. A. Scopatz, "Arousal and T-Maze Choice Behavior in Mice: A Convergent Paradigm for Neophobia Constructs and Optimal Arousal Theory," Learning and Motivation 15 (1984): 287-301. See also D. Mitchell, E. W. Osborne, and M. W. O'Boyle, "Habituation Under Stress: Shocked Mice Show Nonassociative Learning in a T-maze," Behavioral and Neural Biology 43 (1985): 212-17.

B. A. van der Kolk, et al., "Inescapable Shock, Neurotransmitters and Addiction to Trauma: Towards a Psychobiology of Post Traumatic Stress," Biological Psychiatry 20 (1985): 414-25.

C. Hedges, War Is a Force That Gives Us Meaning (New York: Random House Digital, 2003).

B. A. van der Kolk, "The Compulsion to Repeat Trauma: Revictimization, Attachment and Masochism," Psychiatric Clinics of North America 12 (1989): 389-411.

R. L. Solomon, "The Opponent-Process Theory of Acquired Motivation: The Costs of Pleasure and the Benefits of Pain," American Psychologist 35 (1980): 691-712.

H. K. Beecher, "Pain in Men Wounded in Battle," Annals of Surgery 123, no. 1 (January 1946): 96105.

B. A. van der Kolk, et al., "Pain Perception and Endogenous Opioids in Post Traumatic Stress Disorder," Psychopharmacology Bulletin 25 (1989): 117-21. See also R. K. Pitman, et al., "Naloxone Reversible Stress Induced Analgesia in Post Traumatic Stress Disorder," Archives of General Psychiatry 47 (1990): 541-47; and Solomon, "Opponent-Process Theory of Acquired Motivation".

J. A. Gray and N. McNaughton, "The Neuropsychology of Anxiety: Reprise," in Nebraska Symposium on Motivation (University of Nebraska Press, 1996), 43, 61-134. See also C. G. DeYoung and J. R. Gray, "Personality Neuroscience: Explaining Individual Differences in Affect, Behavior, and Cognition, in The Cambridge Handbook of Personality Psychology (2009), 323-46.

M. J. Raleigh, et al., "Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys," Archives of General Psychiatry 41 (1984): 505-10.

B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress," Journal of Clinical Psychiatry (1994): 517-22.

For the Rorschach aficionados among you, it reversed the C + CF/FC ratio.

Grace E. Jackson, Rethinking Psychiatric Drugs: A Guide for Informed Consent (AuthorHouse, 2005); Robert Whitaker, Anatomy of an Epidemic: Magic Bullets, Psychiatric Drugs and the Astonishing Rise of Mental Illness in America (New York: Random House, 2011).

We will return to this issue in chapter 15, where we discuss our study comparing Prozac with EMDR, in which EMDR had better long-term results than Prozac in treating depression, at least in adult onset trauma.

J. M. Zito, et al., "Psychotropic Practice Patterns for Youth: A 10-Year Perspective," Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 157 (January 2003): 17-25.

http://en.wikipedia.org/wiki/List_of_largest_selling_pharmaceutical_products.

Lucette Lagnado, "U.S. Probes Use of Antipsychotic Drugs on Children," Wall Street Journal, August 11, 2013.

Katie Thomas, "J.&J. to Pay $2.2 Billion in Risperdal Settlement," New York Times, November 4, 2013.

M. Olfson, et al., "Trends in Antipsychotic Drug Use by Very Young, Privately Insured Children," Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 49, no.1 (2010): 13-23.

M. Olfson, et al., "National Trends in the Outpatient Treatment of Children and Adolescents with Antipsychotic Drugs," Archives of General Psychiatry 63, no. 6 (2006): 679.

A. J. Hall, et al., "Patterns of Abuse Among Unintentional Pharmaceutical Overdose Fatalities," Journal of the American Medical Association 300, no. 22 (2008): 2613-20.

During the past decade two editors in chief of the most prestigious professional medical journal in the United States, the New England Journal of Medicine, Dr. Marcia Angell and Dr. Arnold Relman, have resigned from their positions because of the excessive power of the pharmaceutical industry over medical research, hospitals, and doctors. In a letter to the New York Times on December 28, 2004, Angell and Relman pointed out that the previous year one drug company had spent 28 percent of its revenues (more than $6 billion) on marketing and administrative expenses,

while spending only half that on research and development; keeping 30 percent in net income was typical for the pharmaceutical industry. They concluded: "The medical profession should break its dependence on the pharmaceutical industry and educate its own." Unfortunately, this is about as likely as politicians breaking free from the donors that finance their election campaigns.

الفصل الثالث: استكشاف الدماغ: ثورة علم الأعصاب

B. Roozendaal, B. S. McEwen, and S. Chattarji, "Stress, Memory and the Amygdala," Nature Reviews Neuroscience 10, no. 6 (2009): 423-33.

R. Joseph, The Right Brain and the Unconscious (New York: Plenum Press, 1995).

The movie The Assault (based on the novel of the same name by Harry Mulisch), which won the Oscar for Best Foreign Language Film in 1986, is a good illustration of the power of deep early emotional impressions in determining powerful passions in adults.

This is the essence of cognitive behavioral therapy. See Foa, Friedman, and Keane, 2000 Treatment

Guidelines for PTSD.

الفصل الرابع: انفذ بجلدك: الوصف التشريحي للنجاة

R. Sperry, "Changing Priorities," Annual Review of Neuroscience 4 (1981): 1-15.

A. A. Lima, et al., "The Impact of Tonic Immobility Reaction on the Prognosis of Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Psychiatric Research 44, no. 4 (March 2010): 224-28.

P. Janet, L'automatismepsychologique (Paris: Felix Alcan, 1889).

R. R. Llinas, I of the Vortex: From Neurons to Self (Cambridge, MA: MIT Press, 2002). See also R. Carter and C. D. Frith, Mapping the Mind (Berkeley: University of California Press, 1998); R. Carter, The Human Brain Book (Penguin, 2009); and J. J. Ratey, A User's Guide to the Brain (New York: Pantheon Books, 2001), 179.

B. D. Perry, et al., "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and Use Dependent Development of the Brain: How States Become Traits," Infant Mental Health Journal 16, no. 4 (1995): 271-91.

I am indebted to my late friend David Servan-Schreiber, who first made this distinction in his book The Instinct to Heal.

E. Goldberg, The Executive Brain: Frontal Lobes and the Civilized Mind (-London, Oxford University Press, 2001).

G. Rizzolatti and L. Craighero "The Mirror-Neuron System," Annual Review of Neuroscience 27 (2004): 169-92. See also M. Iacoboni, et al., "Cortical Mechanisms of Human Imitation," Science 286, no. 5449 (1999): 2526-28; C. Keysers and V. Gazzola, "Social Neuroscience: Mirror Neurons Recorded in Humans," Current Biology 20, no. 8 (2010): R353-54; J. Decety and P. L. Jackson, "The Functional Architecture of Human Empathy," Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews 3 (2004): 71-100; M. B. Schippers, et al., "Mapping the Information Flow from One Brain to Another During Gestural Communication," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9388-93; and A. N. Meltzoff and J. Decety, "What Imitation Tells Us About Social Cognition: A Rapprochement Between Developmental Psychology and Cognitive Neuroscience," Philosophical Transactions of the Royal Society, London 358 (2003): 491500.

D. Goleman, Emotional Intelligence (New York: Random House, 2006). See also V. S. Ramachandran, "Mirror Neurons and Imitation Learning as the Driving Force Behind 'the Great Leap Forward' in Human Evolution," Edge (May 31, 2000), http://edge.org/conversation/mirror-neurons-and-imitation- learning-as-the-driving-force-behind-the-great-leap-forward-in-human-evolution (retrieved April 13, 2013).

G. M. Edelman, and J. A. Gally, "Reentry: A Key Mechanism for Integration of Brain Function," Frontiers in Integrative Neuroscience 7 (2013).

J. LeDoux, "Rethinking the Emotional Brain," Neuron 73, no. 4 (2012): 653-76. See also J. S. Feinstein, et al., "The Human Amygdala and the Induction and Experience of Fear," Current Biology 21, no. 1 (2011): 34-38.

The medial prefrontal cortex is the middle part of the brain (neuroscientists call them "the midline structures"). This area of the brain comprises a conglomerate of related structures: the orbito-prefrontal cortex, the inferior and dorsal medial prefrontal cortex, and a large structure called the anterior cingulate, all of which are involved in monitoring the internal state of the organism and selecting the appropriate response. See, e.g., D. Diorio, V. Viau, and M. J. Meaney, "The Role of the Medial Prefrontal Cortex (Cingulate Gyrus) in the Regulation of Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress," Journal of Neuroscience 13, no. 9 (September 1993): 3839-47; J. P. Mitchell, M. R. Banaji, and C. N. Macrae, "The Link Between Social Cognition and Self-Referential Thought in the Medial Prefrontal Cortex," Journal of Cognitive Neuroscience 17, no. 8. (2005): 1306-15; A. D'Argembeau, et al., "Valuing One's Self: Medial Prefrontal Involvement in Epistemic and Emotive Investments in Self-Views," Cerebral Cortex 22 (March 2012): 659-67; M. A. Morgan, L. M. Romanski, J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," Neuroscience Letters 163 (1993):109-13; L. M. Shin, S. L. Rauch, and R. K. Pitman, "Amygdala, Medial Prefrontal Cortex, and Hippocampal Function in PTSD," Annals of the New York Academy of Sciences 1071, no.

1 (2006): 67-79; L. M. Williams, et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear," Neuroimage, 29, no. 2 (2006): 347-57; M. Koenig and J. Grafman, "Posttraumatic Stress Disorder: The Role of Medial Prefrontal Cortex and Amygdala," Neuroscientist 15, no. 5 (2009): 540-48; and M. R. Milad, I. Vidal-Gonzalez, and G. J. Quirk, "Electrical Stimulation of Medial Prefrontal Cortex Reduces Conditioned Fear in a Temporally Specific Manner," Behavioral Neuroscience 118, no. 2 (2004): 389.

B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," Annals of the New York Academy of Sciences 1071 (2006): 277-93.

P. D. MacLean, The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions (New York, Springer, 1990).

Ute Lawrence, The Power of Trauma: Conquering Post Traumatic Stress Disorder, iUniverse, 2009.

Rita Carter and Christopher D. Frith, Mapping the Mind (Berkeley: University of California Press, 1998). See also A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex," Cognition 50, no. 1 (1994): 7-15; A. Pascual-Leone, et al.,"The Role of the Dorsolateral Prefrontal Cortex in Implicit Procedural Learning," Experimental Brain Research 107, no. 3 (1996): 479-85; and S. C. Rao, G. Rainer, and E. K. Miller, "Integration of What and Where in the Primate Prefrontal Cortex," Science 276, no. 5313 (1997): 821-24.

H. S. Duggal, "New-Onset PTSD After Thalamic Infarct," American Journal of Psychiatry 159, no.

12 (2002): 2113-a. See also R. A. Lanius, et al., "Neural Correlates of Traumatic Memories in Posttraumatic Stress Disorder: A Functional MRI Investigation," American Journal of Psychiatry 158, no. 11 (2001): 1920-22; and I. Liberzon, et al., "Alteration of Corticothalamic Perfusion Ratios During a PTSD Flashback," Depression and Anxiety 4, no. 3 (1996): 146-50.

R. Noyes Jr. and R. Kletti, "Depersonalization in Response to Life-Threatening Danger," Comprehensive Psychiatry 18, no. 4 (1977): 375-84. See also M. Sierra, and G. E. Berrios, "Depersonalization: Neurobiological Perspectives," Biological Psychiatry 44, no. 9 (1998): 898-908.

D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study," Traumatology 18, no. 3 (2012): 7379; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions," Review of General Psychology 14, no. 4 (2010): 283-95. See also www.vetcases.com.

الفصل الخامس: الروابط بين الجسد والدماغ

C. Darwin, The Expression of the Emotions in Man and Animals (London: Oxford University Press, 1998).

Ibid., 71.

Ibid.

Ibid., 71-72.

P. Ekman, Facial Action Coding System: A Technique for the Measurement of Facial Movement (Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1978). See also C. E. Izard, The Maximally Discriminative Facial Movement Coding System (MAX) (Newark, DE: University of Delaware Instructional Resource Center, 1979).

S. W. Porges, The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-Regulation, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2011).

This is Stephen Porges's and Sue Carter's name for the ventral vagal system. http://www.pesi.com/bookstore/A_Neural_Love_Code__The_Body_s_Need_to_Engage_and_Bond- details.aspx

S. S. Tomkins, Affect, Imagery, Consciousness (vol. 1, The Positive Affects) (New York: Springer, 1962); S. S. Tomkin, Affect, Imagery, Consciousness (vol. 2, The Negative Affects) (New York: Springer, 1963).

P. Ekman, Emotions Revealed: Recognizing Faces and Feelings to Improve Communication and Emotional Life (New York: Macmillan, 2007); P. Ekman, The Face of Man: Expressions of Universal Emotions in a New Guinea Village (New York: Garland STPM Press, 1980).

See, e.g., B. M. Levinson, "Human/Companion Animal Therapy," Journal of Contemporary Psychotherapy 14, no. 2 (1984): 131-44; D. A. Willis, "Animal Therapy," Rehabilitation Nursing 22, no. 2 (1997): 78-81; and A. H. Fine, ed., Handbook on Animal-Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice (Academic Press, 2010).

P. Ekman, R. W. Levenson, and W. V. Friesen, "Autonomic Nervous System Activity Distinguishes Between Emotions," Science 221 (1983): 1208-10.

J. H. Jackson, "Evolution and Dissolution of the Nervous System," in Selected Writings of John Hughlings Jackson, ed. J. Taylor (London: Stapes Press, 1958), 45-118.

Porges pointed out this pet store analogy to me.

S. W. Porges, J. A. Doussard-Roosevelt, and A. K. Maiti, "Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion," in The Development of Emotion Regulation: Biological and Behavioral Considerations, ed. N. A. Fox, Monographs of the Society for Research in Child Development, vol. 59 (2-3, serial no. 240) (1994), 167-86. http://www.amazon.com/The-Development-Emotion-Regulation- Considerations/dp/0226259404).

V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Preventive Medicine 14, no. 4 (1998): 245-58.

S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory," Psychophysiology 32 (1995): 301-18.

B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress," Harvard Review of Psychiatry 1, no. 5 (1994): 253-65.

الفصل السادس: فقدانك لجسدك، فقدانك لذاتك

K. L. Walsh, et al., "Resiliency Factors in the Relation Between Childhood Sexual Abuse and Adulthood Sexual Assault in College-Age Women," Journal of Child Sexual Abuse 16, no. 1 (2007): 1-17.

A. C. McFarlane, "The Long-Term Costs of Traumatic Stress: Intertwined Physical and Psychological Consequences," World Psychiatry 9, no. 1 (2010): 3-10.

W. James, "What Is an Emotion?" Mind 9: 188-205.

R. L. Bluhm, et al., "Alterations in Default Network Connectivity in Posttraumatic Stress Disorder Related to Early-Life Trauma," Journal of Psychiatry & Neuroscience 34, no. 3 (2009): 187. See also

J. K. Daniels, et al., "Switching Between Executive and Default Mode Networks in Posttraumatic Stress Disorder: Alterations in Functional Connectivity," Journal of Psychiatry & Neuroscience 35, no. 4 (2010): 258.

A. Damasio, The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness (New York: Hartcourt Brace, 1999). Damasio actually says, "Consciousness was invented so that we could know life", p. 31.

Damasio, Feeling of What Happens, p. 28.

Ibid., p. 29.

A. Damasio, Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain (New York, Random House Digital, 2012), 17.

Damasio, Feeling of What Happens, p. 256.

Antonio R. Damasio, et al., "Subcortical and Cortical Brain Activity During the Feeling of SelfGenerated Emotions." Nature Neuroscience 3, vol. 10 (2000): 1049-56.

A. A. T. S. Reinders, et al., "One Brain, Two Selves," Neuroimage 20 (2003): 2119-25. See also E. R.

S. Nijenhuis, O. Van der Hart, and K. Steele, "The Emerging Psychobiology of Trauma-Related Dissociation and Dissociative Disorders," in Biological Psychiatry, vol. 2., eds. H. A. H. D'Haenen, J. A. den Boer, and P. Willner (West Sussex, UK: Wiley 2002), 1079-198; J. Parvizi and A. R. Damasio, "Consciousness and the Brain Stem," Cognition 79 (2001): 135-59; F. W. Putnam, "Dissociation and Disturbances of Self," in Dysfunctions of the Self, vol. 5, eds. D. Cicchetti and S. L. Toth (New York: University of Rochester Press, 1994), 251-65; and F. W. Putnam, Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective (New York: Guilford, 1997).

A. D'Argembeau, et al., "Distinct Regions of the Medial Prefrontal Cortex Are Associated with Self- Referential Processing and Perspective Taking," Journal of Cognitive Neuroscience 19, no. 6 (2007): 935-44. See also N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," Social Cognitive and Affective Neuroscience 2, no. 4 (2007): 313-22; and B. K. Holzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry," Social Cognitive and Affective Neuroscience 3, no. 1 (2008): 55-61.

P. A. Levine, Healing Trauma: A Pioneering Program for Restoring the Wisdom of Your Body (Berkeley: North Atlantic Books, 2008); and P. A. Levine, In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness (Berkeley: North Atlantic Books, 2010).

P. Ogden and K. Minton, "Sensorimotor Psychotherapy: One Method for Processing Traumatic Memory," Traumatology 6, no. 3 (2000): 149-73; and P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton & Company, 2006).

D. A. Bakal, Minding the Body: Clinical Uses of Somatic Awareness (New York: Guilford Press, 2001).

There are innumerable studies on the subject. A small sample for further study: J. Wolfe, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and War-Zone Exposure as Correlates of Perceived Health in Female Vietnam War Veterans," Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, no. 6 (1994): 1235-40; L. A. Zoellner, M. L. Goodwin, and E. B. Foa, "PTSD Severity and Health Perceptions in Female Victims of Sexual Assault," Journal of Traumatic Stress 13, no. 4 (2000): 635-49; E. M. Sledjeski, B. Speisman, and L. C. Dierker, "Does Number of Lifetime Traumas Explain the Relationship Between PTSD and Chronic Medical Conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R)," Journal of Behavioral Medicine 31 (2008): 341-49; J. A. Boscarino, "Posttraumatic Stress Disorder and Physical Illness: Results from Clinical and Epidemiologic Studies," Annals of the New York Academy of Sciences 1032 (2004): 141-53; M. Cloitre, et al., "Posttraumatic Stress Disorder and Extent of Trauma Exposure as Correlates of Medical Problems and Perceived Health Among Women with Childhood Abuse," Women & Health 34, no. 3 (2001): 1-17; D. Lauterbach, R. Vora, and M. Rakow, "The Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder and Self-Reported

Health Problems," Psychosomatic Medicine 67, no. 6 (2005): 939-47; B. S. McEwen, "Protective and Damaging Effects of Stress Mediators," New England Journal of Medicine 338, no. 3 (1998): 171-79; P. P. Schnurr and B. L. Green, Trauma and Health: Physical Health Consequences of Exposure to Extreme Stress (Washington, DC: American Psychological Association, 2004).

P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study," Development and Psychopathology 23, no. 2 (2011): 453.

K. Kosten and F. Giller Jr., "Alexithymia as a Predictor of Treatment Response in PostTraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress 5, no. 4 (October 1992): 563-73.

G. J. Taylor and R. M. Bagby, "New Trends in Alexithymia Research," Psychotherapy and Psychosomatics 73, no. 2 (2004): 68-77.

R. D. Lane, et al., "Impaired Verbal and Nonverbal Emotion Recognition in Alexithymia," Psychosomatic Medicine 58, no. 3 (1996): 203-10.

H. Krystal and J. H. Krystal, Integration and Self-Healing: Affect, Trauma, Alexithymia (New York: Analytic Press, 1988).

P. Frewen, et al., "Clinical and Neural Correlates of Alexithymia in Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Abnormal Psychology 117, no. 1 (2008): 171-81.

D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, (2007). "Re-Victimization Patterns in a National Longitudinal Sample of Children and Youth," Child Abuse & Neglect 31, no. 5 (2007): 479-502; J. A. Schumm, S. E. Hobfoll, and N. J. Keogh, "Revictimization and Interpersonal Resource Loss Predicts PTSD Among Women in Substance-Use Treatment, Journal of Traumatic Stress, 17, no. 2 (2004): 173-81; J. D. Ford, J. D. Elhai, D. F. Connor, and B. C. Frueh, "Poly-Victimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents," Journal of Adolescent Health, 46, no. 6 (2010): 545-52.

P. Schilder, "Depersonalization," in Introduction to a Psychoanalytic Psychiatry, no. 50 (New York: International Universities Press, 196), p. 120.

S. Arzy, et al., "Neural Mechanisms of Embodiment: Asomatognosia Due to Premotor Cortex Damage," Archives of Neurology 63, no. 7 (2006): 1022-25. See also S. Arzy et al., "Induction of an Illusory Shadow Person," Nature 443, no. 7109 (2006): 287; S. Arzy et al., "Neural Basis of Embodiment: Distinct Contributions of Temporoparietal Junction and Extrastriate Body Area," Journal of Neuroscience 26, no. 31 (2006): 8074-81; O. Blanke et al., "Out-of-Body Experience and Autoscopy of Neurological Origin," Brain 127, part 2 (2004): 243-58; and M. Sierra, et al., "Unpacking the Depersonalization Syndrome: An Exploratory Factor Analysis on the Cambridge Depersonalization Scale," Psychological Medicine 35 (2005): 1523-32.

A. A. T. Reinders, et al., "Psychobiological Characteristics of Dissociative Identity Disorder: A Symptom Provocation Study," Biological Psychiatry 60, no. 7 (2006): 730-40.

In his book Focusing, Eugene Gendlin coined the term "felt sense": "A felt sense is not a mental experience but a physical one. A bodily awareness of a situation or person or event; Focusing (New York, Random House Digital, 1982).

C. Steuwe, et al., "Effect of Direct Eye Contact in PTSD Related to Interpersonal Trauma: An fMRI Study of Activation of an Innate Alarm System," Social Cognitive and Affective Neuroscience 9, no. 1

(January 2012): 88-97.

الفصل السابع: الانسجام: التعلق والتناغم

N. Murray, E. Koby, and B. van der Kolk, "The Effects of Abuse on Children's Thoughts," chapter 4 in Psychological Trauma (Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987).

The attachment researcher Mary Main told six-year-olds a story about a child whose mother had gone away and asked them to make up a story of what happened next. Most six-year-olds who, as infants, had been found to have

secure relationships with their mothers made up some imaginative tale with a good ending, while the kids who five years earlier had been classified as having a disorganized attachment relationship had a tendency toward catastrophic fantasies and often gave frightened responses like "The parents will die" or "The child will kill herself." In Mary Main, Nancy Kaplan, and Jude Cassidy. "Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation," Monographs of the Society for Research in Child Development (1985).

J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. 1, Attachment (New York Random House, 1969); J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. 2, Separation: Anxiety and Anger (New York: Penguin, 1975); J. Bowlby, Attachment and Loss, vol. 3, Loss: Sadness and Depression (New York: Basic, 1980); J. Bowlby, "The Nature of the Child's Tie to His Mother 1," International Journal of Psycho-Analysis, 1958, 39, 35073.

C. Trevarthen, "Musicality and the Intrinsic Motive Pulse: Evidence from Human Psychobiology and Rhythms, Musical Narrative, and the Origins of Human Communication," Muisae Scientiae, special issue, 1999, 157-213.

A. Gopnik and A. N. Meltzoff, Words, Thoughts, and Theories (Cambridge: MIT Press, 1997); A. N. Meltzoff and M. K. Moore, "Newborn Infants Imitate Adult Facial Gestures," Child Development 54, no. 3 (June 1983): 702-9; A. Gopnik, A. N. Meltzoff, and P. K. Kuhl, The Scientist in the Crib: Minds, Brains, and How Children Learn (New York: HarperCollins, 2009).

E. Z. Tronick, "Emotions and Emotional Communication in Infants," American Psychologist 44, no. 2 (1989): 112. See also E. Tronick, The Neurobehavioral and Social-Emotional Development of Infants and Children (New York, WW Norton & Company, 2007); E. Tronick and M. Beeghly, "Infants' Meaning-Making and the Development of Mental Health Problems," American Psychologist 66, no. 2 (2011): 107; and A. V. Sravish, et al., "Dyadic Flexibility During the Face-to-Face Still-Face Paradigm: A Dynamic Systems Analysis of Its Temporal Organization," Infant Behavior and Development 36, no. 3 (2013): 432-37.

M. Main, "Overview of the Field of Attachment," Journal of Consulting and Clinical Psychology 64, no. 2 (1996): 237-43.

D. W. Winnicott, Playing and Reality (New York: Psychology Press, 1971). See also D. W. Winnicott, "The Maturational Processes and the Facilitating Environment," (1965); and D. W. Winnicott, Through Paediatrics to Psychoanalysis: Collected Papers (New York: Brunner/Mazel, 1975).

As we saw in chapter 6, and as Damasio has demonstrated, this sense of inner reality is, at least in part, rooted in the insula, the brain structure that plays a central role in body-mind communication, a structure that is often impaired in people with histories of chronic trauma.

D. W. Winnicott, Primary Maternal Preoccupation (London: Tavistock, 1956), 300-305.

S. D. Pollak, et al., "Recognizing Emotion in Faces: Developmental Effects of Child Abuse and Neglect," Developmental Psychology 36, no. 5 (2000): 679.

P. M. Crittenden, "IV Peering into the Black Box: An Exploratory Treatise on the Development of Self in Young Children," Disorders and Dysfunctions of the Self 5 (1994): 79; P. M. Crittenden, and A. Landini, Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturational Approach to Discourse Analysis (New York: WW Norton & Company, 2011).

Patricia M. Crittenden, "Children's Strategies for Coping with Adverse Home Environments: An Interpretation Using Attachment Theory," Child Abuse & Neglect 16, no. 3 (1992): 329-43.

Main, 1990, op cit.

Main, 1990, op cit.

Ibid.

E. Hesse, and M. Main, "Frightened, Threatening, and Dissociative Parental Behavior in Low-Risk Samples: Description, Discussion, and Interpretations," Development and Psychopathology 18, no. 2 (2006): 309-343. See also E. Hesse and M. Main, "Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies," Journal of the American Psychoanalytic Association 48, no. 4 (2000): 1097-127.

Main, "Overview of the Field of Attachment," op cit.

Hesse and Main, 1995, op cit, p. 310.

We looked at this from a biological point of view when we discussed "-immobilization without fear" in chapter 5. S. W. Porges, "Orienting in a Defensive World: Mammalian Modifications of Our Evolutionary Heritage: A Polyvagal Theory," Psychophysiology 32 (1995): 301-318.

M. H. van Ijzendoorn, C. Schuengel, and M. Bakermans-Kranenburg, "-Disorganized Attachment in Early Childhood: Meta-analysis of Precursors, Concomitants, and Sequelae," Development and Psychopathology 11 (1999): 225-49.

Ijzendoorn, op cit.

N. W. Boris, M. Fueyo, and C. H. Zeanah, "The Clinical Assessment of Attachment in Children Under Five," Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 36, no. 2 (1997): 291-93; K. Lyons-Ruth, "Attachment Relationships Among Children with Aggressive Behavior Problems: The Role of Disorganized Early Attachment Patterns," Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64, no. 1 (1996), 64.

Stephen W. Porges, et al., "Infant Regulation of the Vagal 'Brake' Predicts Child Behavior Problems: A Psychobiological Model of Social Behavior," Developmental Psychobiology 29, no. 8 (1996): 697712.

Louise Hertsgaard, et al., "Adrenocortical Responses to the Strange Situation in Infants with Disorganized/Disoriented Attachment Relationships," Child Development 66, no. 4 (1995): 1100-6; Gottfried Spangler, and Klaus E. Grossmann, "Biobehavioral Organization in Securely and Insecurely Attached Infants," Child Development 64, no. 5 (1993): 1439-50.

Main and Hesse, 1990, op cit.

M. H. van Ijzendoorn, et al., "Disorganized Attachment in Early Childhood," op cit.

B. Beebe, and F. M. Lachmann, Infant Research and Adult Treatment: Co-constructing Interactions (New York: Routledge, 2013); B. Beebe, F. Lachmann, and J. Jaffe (1997). Mother-Infant Interaction Structures and Presymbolic Self-and Object Representations. Psychoanalytic Dialogues, 7, no. 2 (1997): 133-82.

R. Yehuda, et al., "Vulnerability to Posttraumatic Stress Disorder in Adult Offspring of Holocaust Survivors," American Journal of Psychiatry 155, no. 9 (1998): 1163-71. See also R. Yehuda, et al., "Relationship Between Posttraumatic Stress Disorder Characteristics of Holocaust Survivors and Their Adult Offspring," American Journal of Psychiatry 155, no. 6 (1998): 841-43; R. Yehuda, et al., "Parental Posttraumatic Stress Disorder as a Vulnerability Factor for Low Cortisol Trait in Offspring of Holocaust Survivors," Archives of General Psychiatry 64, no. 9 (2007): 1040 and R. Yehuda, et al., "Maternal, Not Paternal, PTSD Is Related to Increased Risk for PTSD in Offspring of Holocaust Survivors," Journal of Psychiatric Research 42, no. 13 (2008): 1104-11.

R. Yehuda, et al., "Transgenerational Effects of PTSD in Babies of Mothers Exposed to the WTC Attacks During Pregnancy," Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism 90 (2005): 4115-18.

G. Saxe, et al., "Relationship Between Acute Morphine and the Course of PTSD in Children with Burns," Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 40, no. 8 (2001): 915-21. See also G. N. Saxe, et al., "Pathways to PTSD, Part I: Children with Burns," American Journal of Psychiatry 162, no. 7 (2005): 1299-304.

C. M. Chemtob, Y. Nomura, and R. A. Abramovitz, "Impact of Conjoined Exposure to the World Trade Center Attacks and to Other Traumatic Events on the Behavioral Problems of Preschool Children," Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 162, no. 2 (2008): 126. See also P. J. Landrigan, et al., "Impact of September 11 World Trade Center Disaster on Children and Pregnant Women," Mount Sinai Journal of Medicine 75, no. 2 (2008): 129-34.

D. Finkelhor, R. K. Ormrod, and H. A. Turner, "Polyvictimization and

Trauma in a National Longitudinal Cohort," Development and Psychopathology 19, no. 1 (2007): 149-66; J. D. Ford, et al., "Polyvictimization and Risk of Posttraumatic, Depressive, and Substance Use Disorders and Involvement in Delinquency in a National Sample of Adolescents," Journal of Adolescent Health 46, no. 6 (2010): 545-52; J. D. Ford, et al.,"Clinical Significance of a Proposed Development Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians," Journal of Clinical Psychiatry 74, no. 8 (2013): 841-49.

Family Pathways Project, http://www.challiance.org/academics/familypathwaysproject.aspx.

K. Lyons-Ruth and D. Block, "The Disturbed Caregiving System: Relations Among Childhood Trauma, Maternal Caregiving, and Infant Affect and Attachment," Infant Mental Health Journal 17, no. 3 (1996): 257-75.

K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes," Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy 2 (2003): 105.

G. Whitmer, "On the Nature of Dissociation," Psychoanalytic Quarterly 70, no. 4 (2001): 807-37. See also K. Lyons-Ruth, "The Two-Person Construction of Defenses: Disorganized Attachment Strategies, Unintegrated Mental States, and Hostile/Helpless Relational Processes," Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy 2, no. 4 (2002): 107-19.

Mary S. Ainsworth and John Bowlby, "An Ethological Approach to Personality Development," American Psychologist 46, no. 4 (April 1991): 333-41.

K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, 1999; Main, 1993; K. Lyons-Ruth, "Dissociation and the ParentInfant Dialogue: A Longitudinal Perspective from Attachment Research," Journal of the American Psychoanalytic Association 51, no. 3 (2003): 883-911.

L. Dutra, et al., "Quality of Early Care and Childhood Trauma: A Prospective Study of Developmental Pathways to Dissociation," Journal of Nervous and Mental Disease 197, no. 6 (2009): 383. See also K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury in Late Adolescence: Prospectively Observed Relationship Correlates in Infancy and Childhood," Psychiatry Research 206, nos. 2-3 (April 30, 2013): 273-81.

For meta-analysis of the relative contributions of disorganized attachment and child maltreatment, see C. Schuengel, et al., "Frightening Maternal Behavior Linking Unresolved Loss and Disorganized Infant Attachment,"" Journal of Consulting and Clinical Psychology 67, no. 1 (1999): 54.

K. Lyons-Ruth and D. Jacobvitz, "Attachment Disorganization: Genetic Factors, Parenting Contexts, and Developmental Transformation from Infancy to Adulthood," in Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications, 2nd ed., ed. J. Cassidy and R. Shaver (New York: Guilford Press, 2008), 666-97. See also E. O'connor, et al., "Risks and Outcomes Associated with Disorganized/Controlling Patterns of Attachment at Age Three Years in the National Institute of Child Health & Human Development Study of Early Child Care and Youth Development," Infant Mental Health Journal 32, no. 4 (2011): 450-72; and K. Lyons-Ruth, et al., "Borderline Symptoms and Suicidality/Self-Injury.

At this point we have little information about what factors affect the evolution of these early regulatory abnormalities, but intervening life events, the quality of other relationships, and perhaps even genetic factors are likely to modify them over time. It is obviously critical to study to what degree consistent and concentrated parenting of children with early histories of abuse and neglect can rearrange biological systems.

E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings," Journal of Family Violence 28, no.

7 (2003): 729-38.

W. H. Auden, The Double Man (New York: Random House, 1941),

S. N. Wilson, et al., "Phenotype of Blood Lymphocytes in PTSD Suggests Chronic Immune Activation," Psychosomatics 40, no. 3 (1999): 222-25. See also M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9470-75; M. Altemus, M. Cloitre, and F. S. Dhabhar, "Enhanced Cellular Immune Response in Women with PTSD Related to Childhood Abuse," American Journal of Psychiatry 160, no. 9 (2003): 1705-7; and N. Kawamura, Y. Kim, and N. Asukai, "Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Posttraumatic Stress Disorder," American Journal of Psychiatry 158, no. 3 (2001): 484-86.

R. Summit, "The Child Sexual Abuse Accommodation Syndrome," Child Abuse & Neglect 7 (1983): 177-93.

A study using fMRI at the University of Lausanne in Switzerland showed that when people have these out-of-body experiences, staring at themselves as if looking down from the ceiling, they are activating the superior temporal cortex in the brain. O. Blanke, et al., "Linking Out-of-Body Experience and Self Processing to Mental Own-Body Imagery at the Temporoparietal Junction," Journal of Neuroscience 25, no. 3 (2005): 550-57. See also O. Blanke and T. Metzinger, "Full-Body Illusions and Minimal Phenomenal Selfhood," Trends in Cognitive Sciences 13, no. 1 (2009): 7-13.

When an adult uses a child for sexual gratification, the child invariably is caught in a confusing situation and a conflict of loyalties: By disclosing the abuse, she betrays and hurts the perpetrator (who may be an adult on whom the child depends for safety and protection), but by hiding the abuse, she compounds her shame and vulnerability. This dilemma was first articulated by Sandor Ferenczi in 1933 in "The Confusion of Tongues Between the Adult and the Child: The Language of Tenderness and the Language of Passion," International Journal of Psychoanalysis, 30 no. 4 (1949): 225-30, and has been explored by numerous subsequent authors.

Gary Greenberg, The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry (New York: Penguin, 2013).

http://www.thefreedictionary.com/diagnosis.

The TAQ can be accessed at the Trauma Center Web site: www.traumacenter.org/products/instruments.php.

J. L. Herman, J. C. Perry, and B. A. van der Kolk, "Childhood Trauma in Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 146, no. 4 (April 1989): 490-95.

Teicher found significant changes in the orbitofrontal cortex (OFC), a region of the brain that is involved in decision making and the regulation of behavior involved in sensitivity to social demands. M. H. Teicher, et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 27, no. 1 (2003): 33-44. See also M. H. Teicher, "Scars That Won't Heal: The Neurobiology of Child Abuse," Scientific American 286, no. 3 (2002): 54-61; M. Teicher, et al., "Sticks, Stones, and Hurtful Words: Relative Effects of Various Forms of Childhood Maltreatment," American Journal of Psychiatry 163, no. 6 (2006): 993-1000; A. Bechara, et al., "Insensitivity to Future Consequences Following Damage to Human Prefrontal Cortex," Cognition 50 (1994): 7-15. Impairment in this area of the brain results in excessive swearing, poor social interactions, compulsive gambling, excessive alcohol/ drug use and poor empathic ability. M. L. Kringelbach and E. T. Rolls, "The Functional Neuroanatomy of the Human Orbitofrontal Cortex: Evidence from Neuroimaging and Neuropsychology," Progress in Neurobiology 72 (2004): 341-72. The other problematic area Teicher identified was the precuneus, a brain area involved in understanding oneself and being able to take perspective on how your perceptions may be different from someone else's. A. E. Cavanna and M. R. Trimble "The Precuneus: A Review of Its Functional Anatomy and Behavioural Correlates," Brain 129 (2006): 564-83.

S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress

Disorder," Journal of Traumatic Stress 10 (1997): 53955; B. A. van der Kolk et al., "Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma," American Journal of Psychiatry 153 (1996): 83-93; D. Pelcovitz, et al., "Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES)," Journal of Traumatic Stress 10 (1997): 3-16; S. N. Ogata, et al., "Childhood Sexual and Physical Abuse in Adult Patients with Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 147 (1990): 1008-1013; M. C. Zanarini, et al., "Axis I Comorbidity of Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 155, no. 12. (December 1998): 1733-39; S. L. Shearer, et al., "Frequency and Correlates of Childhood Sexual and Physical Abuse Histories in Adult Female Borderline Inpatients," American Journal of Psychiatry 147 (1990): 214-16; D. Westen, et al., "Physical and Sexual Abuse in Adolescent Girls with Borderline Personality Disorder," American Journal of Orthopsychiatry 60 (1990): 55-66; M. C. Zanarini, et al., "Reported Pathological Childhood Experiences Associated with the Development of Borderline Personality Disorder," American Journal of Psychiatry 154 (1997): 1101-1106.

J. Bowlby, A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development (New York: Basic Books, 2008), 103.

B. A. van der Kolk, J. C. Perry, and J. L. Herman, "Childhood Origins of Self-Destructive Behavior," American Journal of Psychiatry 148 (1991): 1665-71.

This notion found further support in the work of the neuroscientist Jaak Panksepp, who found that young rats that were not licked by their moms during the first week of their lives did not develop opioid receptors in the anterior cingulate cortex, a part of the brain associated with affiliation and a sense of safety. See E. E. Nelson and J. Panksepp, "Brain Substrates of

Infant-Mother Attachment: Contributions of Opioids, Oxytocin, and Norepinephrine," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 22, no. 3 (1998): 437-52. See also J. Panksepp, et al., "Endogenous Opioids and Social Behavior," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 4, no. 4 (1981): 473-87; and J. Panksepp, E. Nelson, and S. Siviy, "Brain Opioids and Mother-Infant Social Motivation," Acta paediatrica 83, no. 397 (1994): 4046.

The delegation to Robert Spitzer also included Judy Herman, Jim Chu, and David Pelcovitz.

B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma," Journal of Traumatic Stress 18, no. 5 (2005): 389-99. See also J. L. Herman, "Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma," Journal of Traumatic Stress 5, no. 3 (1992): 377-91; C. Zlotnick, et al., "The Long-Term Sequelae of Sexual Abuse: Support for a Complex Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress 9, no. 2 (1996): 195-205; S. Roth, et al., "Complex PTSD in Victims Exposed to Sexual and Physical Abuse: Results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress 10, no. 4 (1997): 539-55; and D. Pelcovitz, et al., "Development and Validation of the Structured Interview for Measurement of Disorders of Extreme Stress," Journal of Traumatic Stress 10 (1997): 316.

B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder," Journal of Traumatic Stress 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

B. A. van der Kolk, et al., "Dissociation, Somatization and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma," American Journal of Psychiatry 153, suppl (1996): 83-93. See also D. G. Kilpatrick, et al., "Posttraumatic Stress Disorder Field Trial: Evaluation of the PTSD Construct Criteria A Through E," in: DSM-IV Sourcebook, vol. 4

(Washington: American Psychiatric Press, 1998), 803-844; T. Luxenberg, J. Spinazzola, and B. A. van der Kolk, "Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment," Directions in Psychiatry 21, no. 25 (2001): 373-92; and B. A. van der Kolk, et al., "Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Compex Adaptation to Trauma," Journal of Traumatic Stress 18, no. 5 (2005): 38999.

These questions are available on the ACE Web site: http://acestudy.org/.

http://www.cdc.gov/ace/findings.htm; http://acestudy.org/download; V. Felitti, et al., "Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Preventive Medicine 14, no. 4 (1998): 245-58. See also R. Reading, "The Enduring Effects of Abuse and Related Adverse Experiences in Childhood: A Convergence of Evidence from Neurobiology and Epidemiology," Child: Care, Health and Development 32, no. 2 (2006): 253-56; V. J. Edwards, et al., "Experiencing Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health: Results from the Adverse Childhood Experiences (ACE) Study," American Journal of Psychiatry 160, no. 8 (2003): 1453-60; S. R. Dube, et al., "Adverse Childhood Experiences and Personal Alcohol Abuse as an Adult," Addictive Behaviors 27, no. 5 (2002): 713-25; S. R. and S. R. Dube, et al., "Childhood Abuse, Neglect, and Household Dysfunction and the Risk of Illicit Drug Use: The Adverse Childhood Experiences Study," Pediatrics 111, no. 3 (2003): 564-72.

S. A. Strassels, "Economic Burden of Prescription Opioid Misuse and Abuse," Journal of Managed Care Pharmacy 15, no. 7 (2009): 556-62.

C. B. Nemeroff, et al., "Differential Responses to Psychotherapy Versus Pharmacotherapy in Patients with Chronic Forms of Major Depression and Childhood Trauma," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 100, no. 24 (2003): 14293-96. See also C. Heim, P. M. Plotsky, and C. B. Nemeroff, "Importance of Studying the Contributions of Early Adverse Experience to Neurobiological Findings in Depression," Neuropsychopharmacology 29, no. 4 (2004): 641-48.

B. E. Carlson, "Adolescent Observers of Marital Violence," Journal of Family Violence 5, no. 4 (1990): 285-99. See also B. E. Carlson, "Children's Observations of Interparental Violence," in Battered Women and Their Families, ed. A. R. Roberts (New York: Springer, 1984), 147-67; J. L. Edleson, "Children's Witnessing of Adult Domestic Violence," Journal of Interpersonal Violence 14, no. 8 (1999): 839-70; K. Henning, et al., "Long-Term Psychological and Social Impact of Witnessing Physical Conflict Between Parents," Journal of Interpersonal Violence 11, no. 1 (1996): 35-51; E. N. Jouriles, C. M. Murphy, and D. O'Leary, "Interpersonal Aggression, Marital Discord, and Child Problems," Journal of Consulting and Clinical Psychology 57, no. 3 (1989): 453-55; J. R. Kolko, E. H. Blakely, and D. Engelman, "Children Who Witness Domestic Violence: A Review of Empirical Literature," Journal of Interpersonal Violence 11, no. 2 (1996): 281-93; and J. Wolak and D. Finkelhor, "Children Exposed to Partner Violence," in Partner Violence: A Comprehensive Review of 20 Years of Research, ed. J. L. Jasinski and L. Williams (Thousand Oaks, CA: Sage, 1998).

Most of these statements are based on conversations with Vincent Felitti, amplified by J. E. Stevens, "The Adverse Childhood Experiences Studythe Largest Public Health Study You Never Heard Of," Huffington Post, October 8, 2012, http://www.huffingtonpost.com/jane-ellen-stevens/the-adverse- childhood-exp 1b_1943647.html.

Population attributable risk: the proportion of a problem in the overall population whose problems can be attributed to specific risk factors.

National Cancer Institute, "Nearly 800,000 Deaths Prevented Due to Declines in Smoking" (press release), March 14, 2012, available at http:// www.cancer.gov/newscenter/newsfromnci/2012/TobaccoControlCISNET.

الفصل العاشر: الصدمة النمائية: الوباء المستتر

These cases were part of the DTD field trial, conducted jointly by Julian Ford, Joseph Spinazzola, and me.

H. J. Williams, M. J. Owen, and M. C. O'Donovan, "Schizophrenia Genetics: New Insights from New Approaches," British Medical Bulletin 91 (2009): 61-

74. See also P. V. Gejman, A. R. Sanders, and K. S. Kendler, "Genetics of Schizophrenia: New Findings and Challenges," Annual Review of Genomics and Human Genetics 12 (2011): 121-44; and A. Sanders, et al., "No Significant Association of 14 Candidate Genes with Schizophrenia in a Large European Ancestry Sample: Implications for Psychiatric Genetics," American Journal of Psychiatry 165, no. 4 (April 2008): 497-506.

R. Yehuda, et al., "Putative Biological Mechanisms for the Association Between Early Life Adversity and the Subsequent Development of PTSD," Psychopharmacology 212, no. 3 (October 2010): 405417; K. C. Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder: Review and Recommendations for Future Studies," Journal of Traumatic Stress 20, no. 5 (October 2007): 737-50; M. W. Gilbertson, et al., "Smaller Hippocampal Volume Predicts Pathologic Vulnerability to Psychological Trauma," Nature Neuroscience 5 (2002): 1242-47.

Koenen, "Genetics of Posttraumatic Stress Disorder." See also R. F. P. Broekman, M. Olff, and F. Boer, "The Genetic Background to PTSD," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 31, no. 3 (2007): 34862.

M. J. Meaney and A. C. Ferguson-Smith, "Epigenetic Regulation of the Neural Transcriptome: The Meaning of the Marks," Nature Neuroscience 13, no. 11 (2010): 1313-18. See also M. J. Meaney, "Epigenetics and the Biological Definition of Gene x Environment Interactions," Child Development 81, no. 1 (2010): 41-79; and B. M. Lester, et al., "Behavioral Epigenetics," Annals of the New York Academy of Sciences 1226, no. 1 (2011): 14-33.

M. Szyf, "The Early Life Social Environment and DNA Methylation: DNA Methylation Mediating the Long-Term Impact of Social Environments Early in Life," Epigenetics 6, no. 8 (2011): 971-78.

Moshe Szyf, Patrick McGowan, and Michael J. Meaney, "The Social Environment and the Epigenome," Environmental and Molecular Mutagenesis 49, no. 1 (2008): 46-60.

There now is voluminous evidence that life experiences of all sorts changes gene expression. Some examples are: D. Mehta et al., "Childhood Maltreatment Is Associated with Distinct Genomic and Epigenetic Profiles in

Posttraumatic Stress Disorder," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 110, no. 20 (2013): 8302-7; P. O. McGowan, et al., "Epigenetic Regulation of the Glucocorticoid Receptor in Human Brain Associates with Childhood Abuse," Nature Neuroscience 12, no. 3 (2009): 342-48; M. N. Davies, et al., "Functional Annotation of the Human Brain Methylome Identifies Tissue-Specific Epigenetic Variation Across Brain and Blood," Genome Biology 13, no. 6 (2012): R43; M. Gunnar and K. Quevedo, "The Neurobiology of Stress and Development," Annual Review of Psychology 58 (2007): 145-73; A. Sommershof, et al., "Substantial Reduction of Naive and Regulatory T Cells Following Traumatic Stress," Brain, Behavior, and Immunity 23, no. 8 (2009): 1117-24; N. Provencal, et al., "The Signature of Maternal Rearing in the Methylome in Rhesus Macaque Prefrontal Cortex and T Cells," Journal of Neuroscience 32, no. 44 (2012): 15626-42; B. Labonte, et al., "Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma," Archives of General Psychiatry 69, no. 7 (2012): 722-31; A. K. Smith, et al., "Differential Immune System DNA Methylation and Cytokine Regulation in Posttraumatic Stress Disorder," American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics 156B, no. 6 (2011): 700-708; M. Uddin, et al., "Epigenetic and Immune Function Profiles Associated with Posttraumatic Stress Disorder," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 107, no. 20 (2010): 9470-75.

C. S. Barr, et al., "The Utility of the Non-human Primate Model for Studying Gene by Environment Interactions in Behavioral Research," Genes, Brain and Behavior 2, no. 6 (2003): 336-40.

A. J. Bennett, et al., "Early Experience and Serotonin Transporter Gene Variation Interact to Influence Primate CNS Function," Molecular Psychiatry 7, no. 1 (2002): 118-22. See also C. S. Barr, et al., "Interaction

Between Serotonin Transporter Gene Variation and Rearing Condition in Alcohol Preference and Consumption in Female Primates," Archives of General Psychiatry 61, no. 11 (2004): 1146; and C. S. Barr, et al., "Serotonin Transporter Gene Variation Is Associated with Alcohol Sensitivity in Rhesus Macaques Exposed to Early-Life Stress," Alcoholism: Clinical and Experimental Research 27, no. 5 (2003): 812-17.

A. Roy, et al., "Interaction of FKBP5, a Stress-Related Gene, with Childhood Trauma Increases the Risk for Attempting Suicide," Neuropsychopharmacology 35, no. 8 (2010): 1674-83. See also M. A. Enoch, et al., "The Influence of GABRA2, Childhood Trauma, and Their Interaction on Alcohol, Heroin, and Cocaine Dependence," Biological Psychiatry 67 no. 1 (2010): 20-27; and A. Roy, et al., "Two HPA Axis Genes, CRHBP and FKBP5, Interact with Childhood Trauma to Increase the Risk for Suicidal Behavior," Journal of Psychiatric Research 46, no. 1 (2012): 72-79.

A. S. Masten and D. Cicchetti, "Developmental Cascades," Development and Psychopathology 22, no. 3 (2010): 491-95; S. L. Toth, et al., "Illogical Thinking and Thought Disorder in Maltreated Children," Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 50, no. 7 (2011): 65968; J. Willis, "Building a Bridge from Neuroscience to the Classroom," Phi Delta Kappan 89, no. 6 (2008): 424; I. M. Eigsti and D. Cicchetti, "The Impact of Child Maltreatment on Expressive Syntax at 60 Months," Developmental Science 7, no. 1 (2004): 88-102.

J. Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents," Psychiatric Annals 35, no. 5 (2005): 433-39.

R. C. Kessler, C. B. Nelson, and K. A. McGonagle, "The Epidemiology of Co-occuring Addictive and Mental Disorders," American Journal of Orthopsychiatry 66, no. 1 (1996): 17-31. See also Institute of Medicine of the National Academies, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (-Washington: National Academies Press, 2008); and C. S. North, et al., "Toward Validation of the Diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder," American Journal of Psychiatry 166, no. 1 (2009): 3440.

Joseph Spinazzola, et al., "Survey Evaluates Complex Trauma Exposure, Outcome, and Intervention Among Children and Adolescents," Psychiatric Annals (2005).

Our work group consisted of Drs. Bob Pynoos, Frank Putnam, Glenn Saxe, Julian Ford, Joseph Spinazzola, Marylene Cloitre, Bradley Stolbach, Alexander McFarlane, Alicia Lieberman, Wendy D'Andrea, Martin Teicher, and Dante Cicchetti.

The proposed criteria for Developmental Trauma Disorder can be found in the Appendix.

http://www.traumacenter.org/products/instruments.php.

Read more about Sroufe at www.cehd.umn.edu/icd/people/faculty/cpsy/sroufe.html and more about the Minnesota Longitudinal Study of Risk and Adaptation and its publications at http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/ and http://www.cehd.umn.edu/icd/research/parent-child/publications/. See also L. A. Sroufe and W. A. Collins, The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2009); and L. A. Sroufe, "Attachment and Development: A Prospective, Longitudinal Study from Birth to Adulthood," Attachment & Human Development 7, no. 4 (2005): 349-67.

L. A. Sroufe, The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2005). Harvard researcher Karlen Lyons-Ruth had similar findings in a sample of children she followed for about eighteen years: Disorganized attachment, role reversal, and lack of maternal communication at age three were the greatest predictors of children being part of the mental health or social service system at age eighteen.

D. Jacobvitz and L. A. Sroufe, "The Early Caregiver-Child Relationship and Attention-Deficit Disorder with Hyperactivity in Kindergarten: A Prospective Study," Child Development 58, no. 6 (December 1987): 1496-504.

G. H. Elder Jr., T. Van Nguyen, and A. Caspi, "Linking Family Hardship to Children's Lives," Child Development 56, no. 2 (April 1985): 361-75.

For children who were physically abused, the chance of being diagnosed with conduct disorder or oppositional defiant disorder went up by a factor of three. Neglect or sexual abuse doubled the chance of developing an anxiety disorder. Parental psychological unavailability or sexual abuse doubled the chance of later developing PTSD. The chance of receiving multiple diagnoses was 54 percent for children who suffered neglect, 60 percent for physical abuse, and 73 percent for both sexual abuse.

This was a quote based on the work of Emmy Werner, who has studied 698 children born on the island of Kauai for forty years, starting in 1955. The study showed that most children who grew up in unstable households grew up to experience problems with delinquency, mental and physical health, and family stability. One-third of all high-risk children displayed resilience and developed into caring, competent, and confident adults. Protective factors were 1. being an appealing child, 2. a strong bond with a nonparent caretaker (such as an aunt, a babysitter, or a teacher) and strong involvement in church or community groups. E. E. Werner and R. S. Smith, Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood (Ithaca and London: Cornell University Press, 1992).

P. K. Trickett, J. G. Noll, and F. W. Putnam, "The Impact of Sexual Abuse on Female Development: Lessons from a Multigenerational, Longitudinal Research Study," Development and Psychopathology 23 (2011): 453-76. See also J. G. Noll, P. K. Trickett, and F. W. Putnam, "A Prospective Investigation of the Impact of Childhood Sexual Abuse on the Development of Sexuality," Journal of Consulting and Clinical Psychology 71 (2003): 575-86; P. K. Trickett, C. McBride-Chang, and F. W. Putnam, "The Classroom Performance and Behavior of Sexually Abused Females," Development and Psychopathology 6 (1994): 183-94; P. K. Trickett and F. W. Putnam, Sexual Abuse of Females: Effects in Childhood (-Washington: National Institute of Mental Health, 1990-1993); F. W. Putnam and P. K. Trickett, The Psychobiological Effects of Child Sexual Abuse (New York: W. T. Grant Foundation, 1987).

In the sixty-three studies on disruptive mood regulation disorder, nobody asked anything about attachment, PTSD, trauma, child abuse, or neglect. The word "maltreatment" is used in passing in just one of the sixty-three articles. There is nothing about parenting, family dynamics, or about family therapy.

In the appendix at the back of the DSM, you can find the so-called V-codes, diagnostic labels without official standing that are not eligible for insurance reimbursement. There you will see listings for childhood abuse, childhood neglect, childhood physical abuse, and childhood sexual abuse.

Ibid., p 121.

At the time of this writing, the DSM-5 is number seven on Amazon's best-seller list. The APA earned $100 million on the previous edition of the DSM. The publication of the DSM constitutes, with contributions from the pharmaceutical industry and membership dues, the APA's major source of income.

Gary Greenberg, The Book of Woe: The DSM and the Unmaking of Psychiatry (New York: Penguin, 2013), 239.

In an open letter to the APA David Elkins, the chairman of one of the divisions of the American Psychological Association, complained that DSM-V was based on shaky evidence, carelessness with the public health, and the conceptualizations of mental disorder as primarily medical phenomena." His letter attracted nearly five thousand signatures. The president of the American Counseling Association sent a letter on behalf of its 115,000 DSM-buying members to the president of the APA, also objecting to the quality of the science behind DSM-5and "urge(d) the APA to make public the work of the scientific review committee it had appointed to review the proposed changes, as well as to allow an evaluation of "all evidence and data by external, independent groups of experts."

Thomas Insel had formerly done research on the attachment hormone oxytocin in non-human primates.

National Institute of Mental Health, "NIMH Research Domain Criteria (-RDoC)," http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/nimh-research-domain-criteria-rdoc.shtml.

The Development of the Person: The Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood (New York: Guilford Press, 2005).

B. A. van der Kolk, "Developmental Trauma Disorder: Toward a Rational Diagnosis for Children with Complex Trauma Histories," Psychiatric Annals 35, no. 5 (2005): 401-8; W. D'Andrea, et al., "Understanding Interpersonal Trauma in Children: Why We Need a Developmentally Appropriate Trauma Diagnosis," American Journal of Orthopsychiatry 82 (2012): 187-200. J. D. Ford, et al., "Clinical Significance of a Proposed Developmental Trauma Disorder Diagnosis: Results of an International Survey of Clinicians," Journal of Clinical Psychiatry 74, no. 8 (2013): 841-849. Up-to- date results from the Developmental Trauma Disorder field trial study are available on our Web site: www.traumacenter.org.

J. J. Heckman, "Skill Formation and the Economics of Investing in Disadvantaged Children," Science 312, no. 5782 (2006): 1900-2.

D. Olds, et al., "Long-Term Effects of Nurse Home Visitation on Children's Criminal and Antisocial Behavior: 15-Year Follow-up of a Randomized Controlled Trial," JAMA 280, no. 14 (1998): 1238-44. See also J. Eckenrode, et al., "Preventing Child Abuse and Neglect with a Program of Nurse Home Visitation: The Limiting Effects of Domestic Violence," JAMA 284, no. 11 (2000): 1385-91; D. I. Lowell, et al., "A Randomized Controlled Trial of Child FIRST: A Comprehensive Home-Based Intervention Translating Research into Early Childhood Practice," Child Development 82, no. 1 (January/ February 2011): 193-208; S. T. Harvey and J. E. Taylor, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy with Sexually Abused Children and Adolescents, Clinical Psychology Review 30, no. 5 (July 2010): 517-35; J. E. Taylor and S. T. Harvey, "A Meta-Analysis of the Effects of Psychotherapy

with Adults Sexually Abused in Childhood," Clinical Psychology Review 30, no. 6 (August 2010): 749-67; Olds, Henderson, Chamberlin, & Tatelbaum, 1986; B. C. Stolbach, et al., "Complex Trauma Exposure and Symptoms in Urban Traumatized Children: A Preliminary Test of Proposed Criteria for Developmental Trauma Disorder," Journal of Traumatic Stress 26, no. 4 (August 2013): 483-91.

الفصل الحادي عشر: كشف الأسرار: مشكلة الذكرى الصدمية

Unlike clinical consultations, in which doctor-patient confidentiality applies, forensic evaluations are public documents to be shared with lawyers, courts, and juries. Before doing a forensic evaluation I inform clients of that and warn them that nothing they tell me can be kept confidential.

K. A. Lee, et al., "A 50-Year Prospective Study of the Psychological Sequelae of World War II Combat," American Journal of Psychiatry 152, no. 4 (April 1995): 516-22.

J. L. McGaugh and M. L. Hertz, Memory Consolidation (San Fransisco: Albion Press, 1972); L. Cahill and J. L. McGaugh, "Mechanisms of Emotional Arousal and Lasting Declarative Memory," Trends in Neurosciences 21, no. 7 (1998): 294-99.

A. F. Arnsten, et al., "a-1 Noradrenergic Receptor Stimulation Impairs Prefrontal Cortical Cognitive Function," Biological Psychiatry 45, no. 1 (1999): 26-31. See also A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled," Science 280, no. 5370 (1998): 1711-12; S. Birnbaum, et al., "A Role for Norepinephrine in Stress-Induced Cognitive Deficits: a-1-adrenoceptor Mediation in the Prefrontal Cortex," Biological Psychiatry 46, no. 9 (1999): 1266-74.

Y. D. Van Der Werf, et al. "Special Issue: Contributions of Thalamic Nuclei to Declarative Memory Functioning," Cortex 39 (2003): 1047-62. See also B. M. Elzinga and J. D. Bremner, "Are the Neural Substrates of Memory the Final Common Pathway in Posttraumatic Stress Disorder (PTSD)?" Journal of Affective Disorders 70 (2002): 1-17; L. M. Shin et al., "A Functional Magnetic Resonance Imaging Study of Amygdala and Medial Prefrontal Cortex Responses to Overtly Presented Fearful Faces in

Posttraumatic Stress Disorder," Archives of General Psychiatry 62 (2005): 273-81; L. M. Williams et al., "Trauma Modulates Amygdala and Medial Prefrontal Responses to Consciously Attended Fear," Neuroimage 29 (2006): 347-57; R. A. Lanius et al., "Brain Activation During Script-Driven Imagery Induced Dissociative Responses in PTSD: A Functional Magnetic Resonance Imaging Investigation," Biological Psychiatry 52 (2002): 305-311; H. D Critchley, C. J. Mathias, and R. J. Dolan, "Fear Conditioning in Humans: The Influence of Awareness and Autonomic Arousal on Functional Neuroanatomy," Neuron 33 (2002): 653-63; M. Beauregard, J. Levesque, and P. Bourgouin, "Neural Correlates of Conscious Self-Regulation of Emotion," Journal of Neuroscience 21 (2001): RC165; K. N. Ochsner et al., "For Better or for Worse: Neural Systems Supporting the Cognitive Down-and UpRegulation of Negative Emotion," NeuroImage 23 (2004): 483-99; M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, et al., "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," Neuroscience Letters 163 (1993): 109-13; M. R. Milad and G. J. Quirk, "Neurons in Medial Prefrontal Cortex Signal Memory for Fear Extinction," Nature 420 (2002): 70-74; and J. Amat, et al., "Medial Prefrontal Cortex Determines How Stressor Controllability Affects Behavior and Dorsal Raphe Nucleus," Nature Neuroscience 8 (2005): 365-71.

B. A. Van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," Journal of Traumatic Stress 8, no. 4 (1995): 505-25.

Hysteria as defined by Free Dictionary, http://www.thefreedictionary.com/hysteria.

A. Young, The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder (Princeton University Press, 1997). See also H. F. Ellenberger, The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry (Basic Books, 2008).

T. Ribot, Diseases of Memory (Appleton, 1887), 108-9; Ellenberger, Discovery of the Unconscious.

J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893).

A. Young, Harmony of Illusions.

J. L. Herman, Trauma and Recovery (New York: Basic Books, 1997), 15.

A. Young, Harmony of Illusions. See also J. M. Charcot, Clinical Lectures on Certain Diseases of the Nervous System, vol. 3 (London: New Sydenham Society, 1888).

http://en.wikipedia.org/wiki/File:Jean-Martin_Charcot_chronophotography.jpg

P. Janet, L'Automatismepsychologique (Paris: Felix Alcan, 1889).

Onno van der Hart introduced me to the work of Janet and probably is the greatest living scholar of his work. I had the good fortune of closely collaborating with Onno on summarizing Janet's fundamental ideas. B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "Pierre Janet and the Breakdown of Adaptation in Psychological Trauma," American Journal of Psychiatry 146 (1989): 1530-40; B. A. van der Kolk and O. van der Hart, "The Intrusive Past: The Flexibility of Memory and the Engraving of Trauma," Imago 48 (1991): 425-54.

P. Janet, "L'amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion"]Amnesia and the dissociation of memories by emotions[, Journal de Psychologie 1 (1904): 417-53.

P. Janet, Psychological Healing (New York: Macmillan, 1925); p 660.

P. Janet, L'Etat mental des hysteriques, 2nd ed. (Paris: Felix Alcan, 1911; repr. Marseille, France: Lafitte Reprints, 1983). P. Janet, The Major Symptoms of Hysteria (London and New York: Macmillan, 1907; repr. New York: Hafner, 1965); P. Janet, L'evolution de la memoire et de la notion du temps (Paris: A. Chahine, 1928).

J. L. Titchener, "Posttraumatic Decline: A Consequence of Unresolved Destructive Drives," Trauma and Its Wake 2 (1986): 5-19.

J. Breuer, and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena."

S. Freud and J. Breuer, "The Etiology of Hysteria," in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 3, ed. J. Strachy (London: Hogarth Press, 1962): 189221.

S. Freud, "Three Essays on the Theory of Sexuality," in the Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 7 (London: Hogarth Press, 1962): 190: The reappearance of sexual activity is determined by internal causes and external contingencies ... I shall have to speak presently of the internal causes; great and lasting importance attaches at this period to the accidental external]Freud's emphasis[contingencies. In the foreground we find the effects of seduction, which treats a child as a sexual object prematurely and teaches him, in highly emotional circumstances, how to obtain satisfaction from his genital zones, a satisfaction which he is then usually obliged to repeat again and again by masturbation. An influence of this kind may originate either from adults or from other children. I cannot admit that in my paper on 'The Aetiology of Hysteria' (1896c) I exaggerated the frequency or importance of that influence, though I did not then know that persons who remain normal may have had the same experiences in their childhood, and though I consequently overrated the importance of seduction in comparison with the factors of sexual constitution and development. Obviously seduction is not required in order to arouse a child's sexual life; that can also come about spontaneously from internal causes. S. Freud "Introductory Lectures in Psychoanalysis in Stand ard Edition (1916), 370: Phantasies of being seduced are of particular interest, because so often they are not phantasies but real memories.

S. Freud, Inhibitions Symptoms and Anxiety (1914), 150. See also Strachey, Standard Edition of the Complete Psychological Works.

B. A. van der Kolk, Psychological Trauma (Washington, D: American Psychiatric Press, 1986).

B. A. Van der Kolk, "The Compulsion to Repeat the Trauma," Psychiatric Clinics of North America 12, no. 2 (1989): 389-411.

A. Young, The Harmony of Illusions: Inventing Posttraumatic Stress Disorder (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1997), 84.

F. W. Mott, "Special Discussion on Shell Shock Without Visible Signs of Injury," Proceedings of the Royal Society of Medicine 9 (1916): i-xliv. See also C. S. Myers, "A Contribution to the Study of Shell Shock," Lancet 1 (1915): 316-20; T. W. Salmon, "The Care and Treatment of Mental Diseases and War Neuroses "(Shell Shock") in the British Army," Mental Hygiene 1 (1917): 509-47; and E. Jones and S. Wessely, Shell Shock to PTSD: Military Psychiatry from 1900 to the Gulf (Hove, UK: Psychology Press, 2005).

J. Keegan, The First World War (New York: Random House, 2011).

A. D. Macleod, "Shell Shock, Gordon Holmes and the Great War." Journal of the Royal Society of Medicine 97, no. 2 (2004): 86-89; M. Eckstein, Rites of Spring: The Great War and the Birth of the Modern Age (Boston: Houghton Mifflin, 1989).

Lord Southborough, Report of the War Office Committee of Enquiry into "Shell-Shock" (London: His Majesty's Stationery Office, 1922).

Booker Prize winner Pat Barker has written a moving trilogy about the work of army psychiatrist W. H. R. Rivers: P. Barker, Regeneration (London: Penguin UK, 2008); P. Barker, The Eye in the Door (New York: Penguin, 1995); P. Barker, The Ghost Road (London: Penguin UK, 2008). Further discussions of the aftermath of World War I can be found in A. Young, Harmony of Illusions; and B. Shephard, A War of Nerves, Soldiers and Psychiatrists 1914-1994 (London: Jonathan Cape, 2000).

J. H. Bartlett, The Bonus March and the New Deal (1937); R. Daniels, The Bonus March: An Episode of the Great Depression (1971).

E. M. Remarque, All Quiet on the Western Front, trans. A. W. Wheen (London: GP Putnam's Sons, 1929).

Ibid., pp. 192-93.

For an account, see http://motlc.wiesenthal.com/site/pp.asp?c=gvKVLcMVIuG&b=395007.

C. S. Myers, Shell Shock in France 1914-1918 (Cambridge UK, Cambridge University Press, 1940).

A. Kardiner, The Traumatic Neuroses of War (New York: Hoeber, 1941).

http://en.wikipedia.org/wiki/Let_There_Be_Light_(film).

G. Greer and J. Oxenbould, Daddy, We Hardly Knew You (London: Penguin, 1990).

A. Kardiner and H. Spiegel, War Stress and Neurotic Illness (Oxford, England: Hoeber, 1947).

D. J. Henderson, "Incest," in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2nd ed., eds. A. M. Freedman and H. I. Kaplan (Baltimore: Williams & Wilkins, 1974), p. 1536.

W. Sargent and E. Slater, "Acute War Neuroses," The Lancet 236, no. 6097 (1940): 1-2. See also G. Debenham, et al., "Treatment of War Neurosis," The Lancet 237, no. 6126 (1941): 107-9; and W.

Sargent and E. Slater, "Amnesic Syndromes in War," Proceedings of the Royal Society of Medicine (Section of Psychiatry) 34, no. 12 (October 1941): 757-64.

Every single scientific study of memory of childhood sexual abuse, whether prospective or retrospective, whether studying clinical samples or general population samples, finds that a certain percentage of sexually abused individuals forget, and later remember, their abuse. See, e.g., B. A. van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," Journal of Traumatic Stress 8 (1995): 505-25; J. W. Hopper and B. A. van der Kolk, "Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories: A Preliminary Report on Three Case Studies of a New Standardized Method," Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 4 (2001): 33-71; J. J. Freyd and A. P. DePrince, eds., Trauma and Cognitive Science (-Binghamton, NY: Haworth Press, 2001), 33-71; A. P. DePrince and J. J. Freyd, "The Meeting of Trauma and Cognitive Science: Facing Challenges and Creating Opportunities at the Crossroads," Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma 4, no. 2 (2001): 1-8; D. Brown, A. W. Scheflin, and

D. Corydon Hammond, Memory, Trauma Treatment and the Law (New York: Norton, 1997); K. Pope and L. Brown, Recovered Memories of Abuse: Assessment, Therapy, Forensics (Washington: American Psychological Association, 1996); and L. Terr, Unchained Memories: True Stories of Traumatic Memories, Lost and Found (New York: Basic Books, 1994).

E. F. Loftus, S. Polonsky, and M. T. Fullilove, "Memories of Childhood Sexual Abuse: Remembering and Repressing," Psychology of Women Quarterly 18, no. 1 (1994): 67-84. L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma: A Prospective Study of Women's Memories of Child Sexual Abuse," Journal of Consulting and Clinical Psychology 62, no. 6 (1994): 1167-76.

L. M. Williams, "Recall of Childhood Trauma."

L. M. Williams, "Recovered Memories of Abuse in Women with Documented Child Sexual Victimization Histories," Journal of Traumatic Stress 8, no. 4 (1995): 649-73.

The prominent neuroscientist Jaak Panksepp states in his most recent book: "Abundant preclinical work with animal models has now shown that memories that are retrieved tend to return to their memory banks with modifications." J. Panksepp and L. Biven, The Archaeology of Mind: Neuroevolutionary Origins of Human Emotions, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton, 2012).

E. F. Loftus, "The Reality of Repressed Memories," American Psychologist 48, no. 5 (1993): 518-37. See also E. F. Loftus and K. Ketcham, The Myth of Repressed Memory: False Memories and Allegations of Sexual Abuse (New York: Macmillan, 1996).

J. F. Kihlstrom, "The Cognitive Unconscious," Science 237, no. 4821 (1987): 1445-52.

E. F. Loftus, "Planting Misinformation in the Human Mind: A 30-Year Investigation of the Malleability of Memory," Learning & Memory 12, no. 4 (2005): 361-66.

B. A. Van der Kolk and R. Fisler, "Dissociation and the Fragmentary Nature of Traumatic Memories: Overview and Exploratory Study," Journal of Traumatic Stress 8, no. 4 (1995): 505-25.

We will explore this further in chapter 14.

L. L. Langer, Holocaust Testimonies: The Ruins of Memory (New Haven: Yale University Press, 1991).

Ibid., p.5.

L. L. Langer, op cit., p. 21.

L. L. Langer, op cit., p. 34.

J. Osterman and B. A. van der Kolk, "Awareness during Anaesthesia and Posttraumatic Stress Disorder," General Hospital Psychiatry 20 (1998): 274-81. See also K. Kiviniemi, "Conscious Awareness and Memory During General Anesthesia," Journal of the American Association of Nurse Anesthetists 62 (1994): 441-49; A. D. Macleod and E. Maycock, "Awareness During Anaesthesia and Post Traumatic Stress Disorder," Anaesthesia and Intensive Care 20, no. 3 (1992) 378-82; F. Guerra, "Awareness and Recall: Neurological and Psychological Complications of Surgery and Anesthesia," in International Anesthesiology Clinics, vol. 24. ed. B. T Hindman (Boston: Little Brown, 1986), 75-99;

J. Eldor and D. Z. N. Frankel, "Intra-anesthetic Awareness," Resuscitation 21 (1991): 113-19; J. L. Breckenridge and A. R. Aitkenhead, "Awareness During Anaesthesia: A Review," Annals of the Royal College of Surgeons of England 65, no. 2 (1983), 93.

الفصل الثالث عشر: التعافي من الصدمة: امتلاك زمام ذاتك

"Self-leadership" is the term used by Dick Schwartz in internal family system therapy, the topic of chapter 17.

The exceptions are Pesso's and Schwartz's work, detailed in chapters 17 and 18, which I practice, and from which I have personally benefited, but which I have not studied scientificallyat least not yet.

A. F. Arnsten, "Enhanced: The Biology of Being Frazzled," Science 280, no. 5370 (1998): 1711-12; A. Arnsten, "Stress Signalling Pathways That Impair Prefrontal Cortex Structure and Function," Nature Reviews Neuroscience 10, no. 6 (2009): 410-22.

D. J. Siegel, The Mindful Therapist: A Clinician's Guide to Mindsight and Neural Integration (New York: WW Norton, 2010).

J. E. LeDoux, "Emotion Circuits in the Brain," Annual Review of Neuroscience 23, no. 1 (2000): 15584. See also M. A. Morgan, L. M. Romanski, and J. E. LeDoux, "Extinction of Emotional Learning: Contribution of Medial Prefrontal Cortex," Neuroscience Letters 163, no. 1 (1993): 109-113; and J. M. Moscarello and J. E. LeDoux, "Active Avoidance Learning Requires Prefrontal Suppression of Amygdala-Mediated Defensive Reactions," Journal of Neuroscience 33, no. 9 (2013): 3815-23.

S. W. Porges, "Stress and Parasympathetic Control," Stress Science: Neuroendocrinology 306 (2010). See also S. W. Porges, "Reciprocal Influences Between Body and Brain in the Perception and Expression of Affect," in The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton, 2009), 27.

B. A. van der Kolk, et al., "Yoga As an Adjunctive Treatment for PTSD." Journal of Clinical Psychiatry 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

Sebern F. Fisher, Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. (New York: WW Norton & Company, 2014).

R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and DepressionPart II: Clinical Applications and Guidelines," Journal of Alternative & Complementary Medicine 11, no.

4 (2005): 711-17. See also C. L. Mandle, et al., "The Efficacy of Relaxation Response Interventions with Adult Patients: A Review of the Literature," Journal of Cardiovascular Nursing 10 (1996): 4-26; and M. Nakao, et al., "Anxiety Is a Good Indicator for Somatic Symptom Reduction Through Behavioral Medicine Intervention in a Mind/Body Medicine Clinic," Psychotherapy and Psychosomatics 70 (2001): 50-57.

C. Hannaford, Smart Moves: Why Learning Is Not All in Your Head (-Arlington, VA: Great Ocean Publishers, 1995), 22207-3746.

J. Kabat-Zinn, Full Catastrophe Living: Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness (New York: Bantam Books, 2013). See also D. Fosha, D. J. Siegel, and M. Solomon, eds., The Healing Power of Emotion: Affective Neuroscience, Development & Clinical Practice, Norton Series on Interpersonal Neurobiology (New York: WW Norton, 2011); and B. A. van der Kolk, "Posttraumatic Therapy in the Age of Neuroscience," Psychoanalytic Dialogues 12, no. 3 (2002): 38192.

As we have seen in chapter 5, brain scans of people suffering from PTSD show altered activation in areas associated with the default network, which is involved with autobiographical memory and a continuous sense of self.

P. A. Levine, In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness (Berkeley: North Atlantic, 2010).

P. Ogden, Trauma and the Body (New York: Norton, 2009). See also A. Y. Shalev, "Measuring Outcome in Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry 61, supp. 5 (2000): 33-42.

I. Kabat-Zinn, Full Catastrophe Living. p. xx

S. G. Hofmann, et al., "The Effect of Mindfulness-Based Therapy on Anxiety and Depression: A Meta-Analytic Review," Journal of Consulting and Clinical Psychology 78, no.2 (2010): 169-83; J. D. Teasdale, et al., "Prevention of Relapse/Recurrence in Major Depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy," Journal of Consulting and Clinical Psychology 68 (2000): 615-23. See also Britta

K. Holzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective." Perspectives on Psychological Science 6, no. 6 (2011): 537-59; and P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis," Journal of Psychosomatic Research 57, no. 1 (2004): 35-43.

The brain circuits involved in mindfulness meditation have been well established, and improve attention regulation and has a positive effect on the interference of emotional reactions with attentional performance tasks. See L. E. Carlson, et al., "One Year Pre-Post Intervention Follow-up of Psychological, Immune, Endocrine and Blood Pressure Outcomes of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) in Breast and Prostate Cancer Outpatients," Brain, Behavior, and Immunity 21, no. 8 (2007): 1038-49; and R. J. Davidson, et al., "Alterations in Brain and Immune Function Produced by Mindfulness Meditation," Psychosomatic Medicine 65, no. 4 (2003): 564-70.

Britta Holzel and her colleagues have done extensive research on meditation and brain function and have shown that it involves the dorsomedial PFC, ventrolateral PFC, and rostral anterior congulate (ACC). See B. K. Holzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala," Social Cognitive and Affective Neuroscience 5 (2010): 11-17; B. K. Holzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density," Psychiatry Research 191, no. 1 (2011): 36-43; B. K. Holzel, et al., "Investigation of Mindfulness Meditation Practitioners with Voxel-Based Morphometry," Social Cognitive and Affective Neuroscience 3, no. 1 (2008): 55-61; and B. K. Holzel, et al., "Differential Engagement of Anterior Cingulate and Adjacent Medial Frontal Cortex in Adept Meditators and Non-meditators," Neuroscience Letters 421, no. 1 (2007): 16-21.

The main brain structure involved in body awareness is the anterior insula. See A. D. Craig, "Interoception: The Sense of the Physiological Condition of the Body," Current Opinion on Neurobiology 13 (2003): 500-505; Critchley,

Wiens, Rotshtein, Ohman, and Dolan, 2004; N. A. S Farb, Z. V. Segal, H. Mayberg, J. Bean, D. McKeon, Z. Fatima, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," Social Cognitive and Affective Neuroscience 2 (2007): 313-22.; J. A. Grant, J. Courtemanche, E. G. Duerden, G. H. Duncan, and P. Rainville, (2010). "Cortical Thickness and Pain Sensitivity in Zen Meditators," Emotion 10, no. 1 (2010): 43-53.

S. J. Banks, et al., "Amygdala-Frontal Connectivity During Emotion-Regulation," Social Cognitive and Affective Neuroscience 2, no. 4 (2007): 303-12. See also M. R. Milad, et al., "Thickness of Ventromedial Prefrontal Cortex in Humans Is Correlated with Extinction Memory," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 102, no. 30 (2005): 10706-11; and S. L. Rauch, L. M. Shin, and E. A. Phelps, "Neurocircuitry Models of Posttraumatic Stress Disorder and Extinction: Human Neuroimaging ResearchPast, Present, and Future," Biological Psychiatry 60, no. 4 (2006): 376-82.

A. Freud and D. T. Burlingham. War and Children (New York University Press, 1943).

There are three different ways in which people deal with overwhelming experiences: dissociation (spacing out, shutting down), depersonalization (feeling like it's not you it's happening to), and derealization (feeling like whatever is happening is not real).

My colleagues at the Justice Resource Institute created a residential treatment program for adolescents, The van der Kolk Center at Glenhaven Academy, that implements many of the trauma- informed treatments discussed in this book, including yoga, sensory integration, neurofeedback and theater. http://www.jri.org/vanderkolk/about. The overarching treatment model, attachment, selfregulation, and competency (ARC), was developed by my colleagues Margaret Blaustein and Kristine Kinneburgh. Margaret E. Blaustein, and Kristine M. Kinniburgh, Treating Traumatic Stress in Children and Adolescents: How to Foster Resilience Through Attachment, Self-Regulation, and Competency (New York: Guilford Press, 2012).

C. K. Chandler, Animal Assisted Therapy in Counseling (New York: Routledge, 2011). See also A. J. Cleveland, "Therapy Dogs and the Dissociative Patient: Preliminary Observations," Dissociation 8, no. 4 (1995): 247-52; and A. Fine, Handbook on Animal Assisted Therapy: Theoretical Foundations and Guidelines for Practice (San Diego: Academic Press, 2010).

E. Warner, et al., "Can the Body Change the Score? Application of Sensory Modulation Principles in the Treatment of Traumatized Adolescents in Residential Settings," Journal of Family Violence 28, no. 7 (2013): 729-38. See also A. J. Ayres, Sensory Integration and Learning Disorders (Los Angeles: Western Psychological Services, 1972); H. Hodgdon, et al., "Development and Implementation of Trauma-Informed Programming in Residential Schools Using the ARC Framework," Journal of Family Violence 27, no. 8 (2013); J. LeBel, et al., "Integrating Sensory and Trauma-Informed Interventions: A Massachusetts State Initiative, Part 1," Mental Health Special Interest Section Quarterly 33, no. 1 (2010): 1-4;

They appeared to have activated the vestibule-cerebellar system in the brain, which seems to be involved in self-regulation and can be damaged by early neglect.

Aaron R. Lyon and Karen S. Budd, "A Community Mental Health Implementation of Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)." Journal of Child and Family Studies 19, no. 5 (2010): 654-68. See also Anthony J. Urquiza and Cheryl Bodiford McNeil, "Parent-Child Interaction Therapy: An Intensive Dyadic Intervention for Physically Abusive Families." Child Maltreatment 1, no 2 (1996): 134-44; J. Borrego Jr., et al. "Research Publications." Child and Family Behavior Therapy 20: 27-54.

B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Post Traumatic Stress," Journal of Clinical Psychiatry (1994): 517-22.

P. Ogden, K. Minton, and C. Pain, Trauma and the Body (New York, Norton, 2010); P. Ogden and J. Fisher, Sensorimotor Psychotherapy: Interventions for Trauma and Attachment (New York: Norton, 2014).

P. Levine, In an Unspoken Voice (Berkeley: North Atlantic Books); P. Levine, Waking the Tiger (Berkeley: North Atlantic Books).

For more on impact model mugging, see http://modelmugging.org/.

S. Freud, Remembering, Repeating, and Working Through (Further Recommendations on the Technique of Psychoanalysis II), standard ed. (London: Hogarth Press, 1914), p. 371

E. Santini, R. U. Muller, and G. J. Quirk, "Consolidation of Extinction Learning Involves Transfer from NMDA-Independent to NMDA-Dependent Memory," Journal of Neuroscience 21 (2001): 9009

17.

E. B. Foa and M. J. Kozak, "Emotional Processing of Fear: Exposure to Corrective Information," Psychological Bulletin 99, no. 1 (1986): 20-35.

C. R. Brewin, "Implications for Psychological Intervention," in Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive, and Clinical Perspectives, ed. J. J. Vasterling and C. R. Brewin (New York: Guilford, 2005), 272.

T. M. Keane, "The Role of Exposure Therapy in the Psychological Treatment of PTSD," National Center for PTSD Clinical Quarterly 5, no. 4 (1995): 1-6.

E. B. Foa and R. J. McNally, "Mechanisms of Change in Exposure Therapy," in Current Controversies in the Anxiety Disorders, ed. R. M. Rapee (New York: Guilford, 1996), 329-43.

J. D. Ford and P. Kidd, "Early Childhood Trauma and Disorders of Extreme Stress as Predictors of Treatment Outcome with Chronic PTSD," Journal of Traumatic Stress 18 (1998): 743-61. See also A. McDonagh-Coyle, et al., "Randomized Trial of Cognitive-Behavioral Therapy for Chronic Posttraumatic Stress Disorder in Adult Female Survivors of Childhood Sexual Abuse," Journal of Consulting and Clinical Psychology 73, no. 3 (2005): 515-24; Institute of Medicine of the National Academies, Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: An Assessment of the Evidence (-Washington: National Academies Press, 2008); and R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD," American Journal of Psychiatry 162, no. 2 (2005): 214-27.

J. Bisson, et al., "Psychological Treatments for Chronic Posttraumatic Stress Disorder: Systematic Review and Meta-Analysis," British Journal of Psychiatry 190 (2007): 97-104. See also L. H. Jaycox, E. B. Foa, and A. R. Morrall, "Influence of Emotional Engagement and Habituation on Exposure Therapy for PTSD," Journal of Consulting and Clinical Psychology 66 (1998): 185-92.

"Dropouts: in prolonged exposure (n = 38] 53%[); in present-centered therapy (n = 21] 30%[) (P =.002). The control group also had a high rate of casualties: 2 nonsuicidal deaths, 9 psychiatric hospitalizations, and 3 suicide attempts." P. P. Schnurr, et al., "Cognitive Behavioral Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Women," JAMA 297, no. 8 (2007): 820-30.

R. Bradley, et al., "A Multidimensional Meta-Analysis of Psychotherapy for PTSD," American Journal of Psychiatry 162, no. 2 (2005): 214-27.

J. H. Jaycox and E. B. Foa, "Obstacles in Implementing Exposure Therapy for PTSD: Case Discussions and Practical Solutions," Clinical Psychology and Psychotherapy 3, no. 3 (1996): 176-84. See also E. B. Foa, D. Hearst-Ikeda, and K. J. Perry, "Evaluation of a Brief Cognitive-Behavioral Program for the Prevention of Chronic PTSD in Recent Assault Victims," Journal of Consulting and Clinical Psychology 63 (1995): 948-55.

Alexander McFarlane personal communication.

R. K. Pitman, et al., "Psychiatric Complications During Flooding Therapy for Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry 52, no. 1 (January 1991): 17-20.

Jean Decety, Kalina J. Michalska, and Katherine D. Kinzler, "The Contribution of Emotion and Cognition to Moral Sensitivity: A Neurodevelopmental Study," Cerebral Cortex 22 no. 1 (2012): 20920; Jean Decety, C. Daniel Batson, "Neuroscience Approaches to Interpersonal Sensitivity," 2, nos. 3-4 (2007).

K. H. Seal, et al., "VA Mental Health Services Utilization in Iraq and Afghanistan Veterans in the First Year of Receiving New Mental Health Diagnoses," Journal of Traumatic Stress 23 (2010): 5-16.

L. Jerome, "(+/-)-3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy") Investigator's Brochure," December 2007, available at www.maps.org/research/mdma/protocol/ib_mdma_new08.pdf (accessed August 16, 2012).

John H. Krystal, et al. "Chronic 3, 4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) use: effects on mood and neuropsychological function?." The American Journal of Drug and Alcohol Abuse 18.3 (1992): 331-341.

Mithoefer, Michael C., et al., "The safety and efficacy of13, 4-methylenedioxymethamphetamine- assisted psychotherapy in subjects with chronic, treatment-resistant posttraumatic stress disorder: the first randomized controlled pilot study." Journal of Psychopharmacology 25.4 (2011): 439-452; M. C. Mithoefer, et al., "Durability of Improvement in Posttraumatic Stress Disorder Symptoms and Absence of Harmful Effects or Drug Dependency after 3, 4-Methylenedioxymethamphetamine-Assisted Psychotherapy: A Prospective Long-Term Follow-up Study," Journal of Psychopharmacology 27, no. 1 (2013): 28-39.

J. D. Bremner, "Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder," in Posttraumatic Stress Disorder: A Critical Review, ed. R. S. Rynoos (-Lutherville, MD: Sidran Press, 1994), 43-64.

http://cdn.nextgov.com/nextgov/interstitial.html?v=2.1.1&rf=http%3A%2F%2Fwww.nextgov.com%2Fhealth%2F2011%2F01%2Fmilitarys-drug- policy-threatens-troops-health-doctors-say%2F48321%2F.

J. R. T. Davidson, "Drug Therapy of Posttraumatic Stress Disorder," British Journal of Psychiatry 160 (1992): 309-314. See also R. Famularo, R. Kinscherff, and T. Fenton, "Propranolol Treatment for Childhood Posttraumatic Stress Disorder Acute Type," American Journal of Disorders of Childhood 142 (1988): 1244-47; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry 52 (1991): 361-64; B. H. Herman, et al., "Naltrexone Decreases Self- Injurious Behavior," Annals of Neurology 22 (1987): 530-34; and B. A. van der Kolk, et al., "Fluoxetine in Posttraumatic Stress Disorder."

B. Van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of EMDR, Fluoxetine and Pill Placebo in the Treatment of PTSD: Treatment Effects and Long-Term Maintenance," Journal of Clinical Psychiatry 68 (2007): 37-46.

R. A. Bryant, et al., "Treating Acute Stress Disorder: An Evaluation of Cognitive Behavior Therapy and Supportive Counseling Techniques," American Journal of Psychiatry 156, no. 11 (November 1999): 1780-86; N. P. Roberts et al., "Early Psychological Interventions to Treat Acute Traumatic Stress Symptoms," Cochran Database of Systematic Reviews 3 (March 2010).

This includes the alpha1 receptor antagonist prazosin, the alpha2 receptor antagonist clonidine, and the beta receptor antagonist propranolol. See M. J. Friedman and J. R. Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD," in Handbook of PTSD: Science and Practice, ed. M. J. Friedman, T. M. Keane, and P. A. Resick (New York: Guilford Press, (2007), 376.

M. A. Raskind, et al., "A Parallel Group Placebo Controlled Study of Prazosin for Trauma Nightmares and Sleep Disturbance in Combat Veterans with Posttraumatic Stress Disorder," Biological Psychiatry 61, no. 8 (2007): 928-34. F. B. Taylor, et al., "Prazosin Effects on Objective Sleep Measures and Clinical Symptoms in Civilian Trauma Posttraumatic Stress Disorder: A Placebo- Controlled Study," Biological Psychiatry 63, no. 6 (2008): 629-32.

Lithium, lamotrigin, carbamazepine, divalproex, gabapentin, and topiramate may help to control trauma-related aggression and irritability. Valproate has been shown to be effective in several case reports with PTSD, including with military veteran patients with chronic PTSD. Friedman and Davidson, "Pharmacotherapy for PTSD"; F. A. Fesler, "Valproate in Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Clinical Psychiatry 52, no. 9 (1991): 361-64. The following study showed a 37.4 percent reduction in PTSD S. Akuchekian and S. Amanat, "The Comparison of Topiramate and Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized, Double-Blind Study," Journal of Research in Medical Sciences 9, no. 5 (2004): 240-44.

G. Bartzokis, et al., "Adjunctive Risperidone in the Treatment of Chronic Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Biological Psychiatry 57, no. 5 (2005): 474-79. See also D. B. Reich, et al., "A Preliminary Study of Risperidone in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Related to Childhood Abuse in Women," Journal of Clinical Psychiatry 65, no. 12 (2004): 1601-1606.

The other methods include interventions that usually help traumatized individuals sleep, like the antidepressant trazodone, binaural beat apps, light/sound machines like Proteus (www.brainmachines.com), HRV monitors like hearthmath (http://www.heartmath.com/), and iRest, an effective yoga-based intervention. (http://www.irest.us/)

D. Wilson, "Child's Ordeal Shows Risks of Psychosis Drugs for Young," New York Times, September 1, 2010, available at http://www.nytimes.com/2010/09/02/business/02kids.html? pagewanted=all&_r=0.

M. Olfson, et al., "National Trends in the Office-Based Treatment of Children, Adolescents, and Adults with Antipsychotics," Archives of General Psychiatry 69, no. 12 (2012): 1247-56.

E. Harris, et al., "Perspectives on Systems of Care: Concurrent Mental Health Therapy Among Medicaid-Enrolled Youths Starting Antipsychotic Medications," FOCUS 10, no. 3 (2012): 401-407.

B. A. Van der Kolk, "The Body Keeps the Score: Memory and the Evolving Psychobiology of Posttraumatic Stress," Harvard Review of Psychiatry 1, no. 5 (1994): 253-65.

B. Brewin, "Mental Illness is the Leading Cause of Hospitalization for Active-Duty Troops," Nextgov.com, May 17, 2012, http://www.nextgov.com/health/2012/05/mental-illness-leading-cause- hospitalization-active-duty-troops/55797/.

Mental health drug expenditures, Department of Veterans affairs. http://www.veterans.senate.gov/imo/media/doc/For%20the%20Record%20-%20CCHR%204.30.14.pdf.

Dr. Spencer Eth to Bessel A. van der Kolk, March 2002.

J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893). J. Breuer and

S. Freud, Studies on Hysteria (New York: Basic Books, 2009).

T. E. Lawrence, Seven Pillars of Wisdom (New York: Doubleday, 1935).

E. B. Foa, et al., "The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation," Psychological Assessment 11, no. 3 (1999): 303-314.

K. Marlantes, What It Is Like to Go to War (New York: Grove Press, 2011).

Ibid., 114.

Ibid., 129.

H. Keller, The World I Live In (1908), ed. R. Shattuck (New York: NYRB Classics, 2004). See also R. Shattuck, "A World of Words," New York Review of Books, February 26, 2004.

H. Keller, The Story of My Life, ed. R. Shattuck and D. Herrmann (New York: Norton, 2003).

W. M. Kelley, et al., "Finding the Self? An Event-Related fMRI Study," Journal of Cognitive Neuroscience 14, no. 5 (2002): 785-94. See also N. A. Farb, et al., "Attending to the Present: Mindfulness Meditation Reveals Distinct Neural Modes of Self-Reference," Social Cognitive and Affective Neuroscience 2, no. 4 (2007): 313-22. P. M. Niedenthal, "Embodying Emotion," Science 316, no. 5827 (2007): 1002-1005; and J. M. Allman, "The Anterior Cingulate Cortex," Annals of the New York Academy of Sciences 935, no. 1 (2001): 107-117.

J. Kagan, dialogue with the Dalai Lama, Massachusetts Institute of Technology, 2006. http://www.mindandlife.org/about/history/.

A. Goldman and F. de Vignemont, "Is Social Cognition Embodied?" Trends in Cognitive Sciences 13, no. 4 (2009): 154-59. See also A. D. Craig, "How Do

You FeelNow? The Anterior Insula and Human Awareness," Nature Reviews Neuroscience 10 (2009): 59-70; H. D. Critchley, "Neural Mechanisms of Autonomic, Affective, and Cognitive Integration," Journal of Comparative Neurology 493, no. 1 (2005): 154-66; T. D. Wager, et al., "Prefrontal-Subcortical Pathways Mediating Successful Emotion Regulation," Neuron 59, no. 6 (2008): 1037-50; K. N. Ochsner, et al., "Rethinking Feelings: An fMRI Study of the Cognitive Regulation of Emotion," Journal of Cognitive Neuroscience 14, no. 8 (2002): 1215-29; A. D'Argembeau, et al., "Self-Reflection Across Time: Cortical Midline Structures Differentiate Between Present and Past Selves," Social Cognitive and Affective Neuroscience 3, no. 3 (2008): 244-52; Y. Ma, et al., "Sociocultural Patterning of Neural Activity During Self-Reflection," Social Cognitive and Affective Neuroscience 9, no. 1 (2014): 73-80; R. N. Spreng, R. A. Mar, and A.

S. Kim, "The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-Analysis," Journal of Cognitive Neuroscience 21, no. 3 (2009): 489-510; H. D. Critchley, "The Human Cortex Responds to an Interoceptive Challenge," Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America 101, no. 17 (2004): 6333-34; and C. Lamm, C. D. Batson, and J. Decety, "The Neural Substrate of Human Empathy: Effects of Perspective-Taking and Cognitive Appraisal," Journal of Cognitive Neuroscience 19, no. 1 (2007): 42-58.

J. W. Pennebaker, Opening Up: The Healing Power of Expressing Emotions (New York: Guilford Press, 2012), 12.

Ibid., p. 19.

Ibid., p.35.

Ibid., p. 50.

J. W. Pennebaker, J. K. Kiecolt-Glaser, and R. Glaser, "Disclosure of Traumas and Immune Function: Health Implications for Psychotherapy," Journal of Consulting and Clinical Psychology 56, no. 2 (1988): 239-45.

D. A. Harris, "Dance/Movement Therapy Approaches to Fostering Resilience

and Recovery Among African Adolescent Torture Survivors," Torture 17, no. 2 (2007): 134-55; M. Bensimon, D. Amir, and Y. Wolf, "Drumming Through Trauma: Music Therapy with Posttraumatic Soldiers," Arts in Psychotherapy 35, no. 1 (2008): 34-48; M. Weltman, "Movement Therapy with Children Who Have Been Sexually Abused," American Journal of Dance Therapy 9, no. 1 (1986): 47-66; H. Englund, "Death, Trauma and Ritual: Mozambican Refugees in Malawi," Social Science & Medicine 46, no. 9 (1998): 1165-74; H. Tefferi, Building on Traditional Strengths: The Unaccompanied Refugee Children from South Sudan (1996); D. Tolfree, Restoring Playfulness: Different Approaches to Assisting Children Who Are Psychologically Affected by War or Displacement (Stockholm: Radda Barnen, 1996), 158-73; N. Boothby, "Mobilizing Communities to Meet the Psychosocial Needs of Children in War and Refugee Crises," in Minefields in Their Hearts: The Mental Health of Children in War and Communal Violence, ed. R. Apfel and B. Simon (New Haven, Yale Universit Press, 1996), 149-64; S. Sandel, S. Chaiklin, and A. Lohn, Foundations of Dance/ Movement Therapy: The Life and Work of Marian Chace (Columbia, MD: American Dance Therapy Association, 1993); K. Callaghan, "Movement Psychotherapy with Adult Survivors of Political Torture and Organized Violence," Arts in Psychotherapy 20, no. 5 (1993): 411-21; A. E. L. Gray, "The Body Remembers: Dance Movement Therapy with an Adult Survivor of Torture," American Journal of Dance Therapy 23, no. 1 (2001): 29-43.

A. M. Krantz, and J. W. Pennebaker, "Expressive Dance, Writing, Trauma, and Health: When Words Have a Body." Whole Person Healthcare 3 (2007): 201-29.

P. Fussell, The Great War and Modern Memory (London: Oxford University Press, 1975).

Theses findings have been replicated in the following studies: J. D. Bremner, "Does Stress Damage the Brain?" Biological Psychiatry 45, no. 7 (1999): 797-805; I. Liberzon, et al., "Brain Activation in PTSD in Response to Trauma-Related Stimuli," Biological Psychiatry 45, no. 7 (1999): 817-26; L. M. Shin, et

al., "Visual Imagery and Perception in Posttraumatic Stress Disorder: A Positron Emission Tomographic Investigation," Archives of General Psychiatry 54, no. 3 (1997): 233-41; L. M. Shin, et al., "Regional Cerebral Blood Flow During Script-Driven Imagery in Childhood Sexual Abuse-Related PTSD: A PET Investigation," American Journal of Psychiatry 156, no. 4 (1999): 575-84.

I am not sure if this term originated with me or with Peter Levine. I own a video where he credits me, but most of what I have learned about pendulation I've learned from him.

A small body of evidence offers support for claims that exposure/acupoints stimulation yields stronger outcomes and exposures strategies that incorporate conventional relaxation techniques. (www.vetcases.com). D. Church, et al., "Single-Session Reduction of the Intensity of Traumatic Memories in Abused Adolescents After EFT: A Randomized Controlled Pilot Study," Traumatology 18, no. 3 (2012): 73-79; and D. Feinstein and D. Church, "Modulating Gene Expression Through Psychotherapy: The Contribution of Noninvasive Somatic Interventions," Review of General Psychology 14, no. 4 (2010): 283-95.

T. Gil, et al., "Cognitive Functioning in Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress 3, no. 1 (1990): 29-45; J. J. Vasterling, et al., "Attention, Learning, and Memory Performances and Intellectual Resources in Vietnam Veterans: PTSD and No Disorder Comparisons," Neuropsychology 16, no. 1 (2002): 5.

In a neuroimaging study the PTSD subjects deactivated the speech area of their brain, Broca's area, in response to neutral words. In other words: the decreased Broca's area functioning that we had found in PTSD patients (see chapter 3) did not only occur in response to traumatic memories; it also happened when they were asked to pay attention to neutral words. This means that, as a group, traumatized patients have a harder time to articulate what they feel and think about ordinary events. The PTSD group also had decreased activation of the medial prefrontal cortex (mPFC), the frontal lobe area that, as we have seen, conveys awareness of one's self, and

dampens activation of the amygdala, the smoke detector. This made it harder for them to suppress the brain's fear response in response to a simple language task and again, made it harder to pay attention and go on with their lives. See: Moores, K. A., Clark, C. R., McFarlane, A. C., Brown, G. C., Puce, A., & Taylor, D. J. (2008). Abnormal recruitment of working memory updating networks during maintenance of trauma-neutral information in posttraumatic stress disorder. Psychiatry Research: Neuroimaging, 163(2), 156-170.

J. Breuer and S. Freud, "The Physical Mechanisms of Hysterical Phenomena," in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud (London: Hogarth Press, 1893).

D. L. Schacter, Searching for Memory (New York: Basic Books, 1996).

الفصل الخامس عشر: إطلاق سراح الماضي: إعادة المعالجة الذكروية

F. Shapiro, EMDR: The Breakthrough Eye Movement Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma (New York: Basic Books, 2004).

B. A. van der Kolk, et al., "A Randomized Clinical Trial of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), Fluoxetine, and Pill Placebo in the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Treatment Effects and Long-Term Maintenance," Journal of Clinical Psychiatry 68, no. 1 (2007): 3746.

J. G. Carlson, et al., "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (-EDMR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Traumatic Stress 11, no. 1 (1998): 3-24.

J. D. Payne, et al., "Sleep Increases False Recall of Semantically Related Words in the Deese- Roediger-McDermott Memory Task," Sleep 29 (2006): A373.

B. A. van der Kolk and C. P. Ducey, "The Psychological Processing of Traumatic Experience: Rorschach Patterns in PTSD," Journal of Traumatic Stress 2, no. 3 (1989): 259-74.

M. Jouvet, The Paradox of Sleep: The Story of Dreaming, trans. Laurence Garey (Cambridge, MA: MIT Press, 1999).

R. Greenwald, "Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): A New Kind of Dreamwork?" Dreaming 5, no. 1 (1995): 51-55.

R. Cartwright, et al., "REM Sleep Reduction, Mood Regulation and Remission in Untreated Depression," Psychiatry Research 121, no. 2 (2003): 159-67. See also R. Cartwright, et al., "Role of REM Sleep and Dream Affect in Overnight Mood Regulation: A Study of Normal Volunteers," Psychiatry Research 81, no. 1 (1998): 1-8.

R. Greenberg, C. A. Pearlman, and D. Gampel, "War Neuroses and the Adaptive Function of REM Sleep," British Journal of Medical Psychology 45, no. 1972 1): 27-33. Ramon Greenberg and Chester Pearlman, as well as our lab, found that traumatized veterans wake themselves up as soon as they enter a REM period. While many traumatized individuals use alcohol to help them sleep, they thereby keep themselves from the full benefits of dreaming (the integration and transformation of memory) and thereby may contribute to preventing the resolution of their PTSD.

B. van der Kolk, et al., "Nightmares and Trauma: A Comparison of Nightmares After Combat with Lifelong Nightmares in Veterans," American Journal of Psychiatry 141, no. 2 (1984): 187-90.

N. Breslau, et al., "Sleep Disturbance and Psychiatric Disorders: A Longitudinal Epidemiological Study of Young Adults," Biological Psychiatry 39, no. 6 (1996): 411-18.

R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory," Journal of Cognitive Neuroscience 11, no. 2 (1999): 182-93. See also R. Stickgold, "Of Sleep, Memories and Trauma," Nature Neuroscience 10, no. 5 (2007): 540-42; and B. Rasch, et al., "Odor Cues During Slow-Wave Sleep Prompt Declarative Memory Consolidation," Science 315, no. 5817 (2007): 1426-29.

E. J. Wamsley, et al., "Dreaming of a Learning Task Is Associated with Enhanced Sleep-Dependent Memory Consolidation," Current Biology 20, no. 9, (May 11, 2010): 850-55.

R. Stickgold, "Sleep-Dependent Memory Consolidation," Nature 437 (2005): 1272-78.

R. Stickgold, et al., "Sleep-Induced Changes in Associative Memory," Journal of Cognitive Neuroscience 11, no. 2 (1999): 182-93.

J. Williams, et al., "Bizarreness in Dreams and Fantasies: Implications for the Activation-Synthesis Hypothesis," Consciousness and Cognition 1, no. 2 (1992): 172-85. See also Stickgold, et al., "Sleep- Induced Changes in Associative Memory."

M. P. Walker, et al., "Cognitive Flexibility Across the Sleep-Wake Cycle: REM-Sleep Enhancement of Anagram Problem Solving," Cognitive Brain Research 14 (2002): 317-24.

R. Stickgold, "EMDR: A Putative Neurobiological Mechanism of Action," Journal of Clinical Psychology 58 (2002): 61-75.

There are several studies on how eye movements help to process and transform traumatic memories. M. Sack, et al., "Alterations in Autonomic Tone During Trauma Exposure Using Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)Results of a Preliminary Investigation," Journal of Anxiety Disorders 22, no. 7 (2008): 1264-71; B. Letizia, F. Andrea, and C. Paolo, Neuroanatomical Changes After Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in Posttraumatic Stress Disorder, The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 19, no. 4 (2007): 475-76; P. Levin, S. Lazrove, and B. van der Kolk, (1999). What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us About the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, Journal of Anxiety Disorders, 13, nos. 1-2, 159-72; M. L. Harper, T. Rasolkhani Kalhorn, J. F. Drozd, "On the Neural Basis of EMDR Therapy: Insights from Qeeg Studies, Traumatology, 15, no. 2 (2009): 81-95; K. Lansing, D. G. Amen, C. Hanks, L. Rudy, "High-Resolution Brain SPECT Imaging and Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Police Officers with PTSD," The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 17, no. 4 (2005): 526-32; T. Ohtani, K. Matsuo, K. Kasai, T. Kato, and N. Kato, "Hemodynamic Responses of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Posttraumatic Stress Disorder. Neuroscience Research, 65, no. 4 (2009):

375-83; M. Pagani, G. Hogberg, D. Salmaso, D. Nardo, O. Sundin, C. Jonsson, and T. Hallstrom, "Effects of EMDR Psychotherapy on 99mtc-HMPAO Distribution in Occupation- Related PostTraumatic Stress Disorder," Nuclear Medicine Communications 28 (2007): 757-65; H. P. Sondergaard and U. Elofsson, "Psychophysiological Studies of EMDR," Journal of EMDR Practice and Research 2, no. 4 (2008): 282-88.

الفصل السادس عشر: تعلم استيطان الجسم: اليوجا

Acupuncture and acupressure are widely practiced among trauma-oriented clinicians and is beginning to be systematically studied as a treatment for clinical PTSD. M. Hollifield, et al., "Acupuncture for Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Pilot Trial," Journal of Nervous and Mental Disease 195, no. 6 (2007): 504-513. Studies that use fMRI to measure the effects of acupuncture on the areas of the brain associated with fear report acupuncture to produce rapid regulation of these brain regions. K. K. Hui, et al., "The Integrated Response of the Human Cerebro-Cerebellar and Limbic Systems to Acupuncture Stimulation at ST 36 as Evidenced by fMRI," NeuroImage 27 (2005): 47996; J. Fang, et al., "The Salient Characteristics of the Central Effects of Acupuncture Needling: Limbic-Paralimbic-Neocortical Network Modulation," Human Brain Mapping 30 (2009): 1196-206. D. Feinstein, "Rapid Treatment of PTSD: Why Psychological Exposure with Acupoint Tapping May Be Effective," Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training 47, no. 3 (2010): 385-402; D. Church, et al., "Psychological Trauma Symptom Improvement in Veterans Using EFT (Emotional Freedom Technique): A Randomized Controlled Trial," Journal of Nervous and Mental Disease 201 (2013): 153-60; D. Church, G. Yount, and A. J. Brooks, "The Effect of Emotional Freedom Techniques (EFT) on Stress Biochemistry: A Randomized Controlled Trial," Journal of Nervous and Mental Disease 200 (2012): 891-

96; R. P. Dhond, N. Kettner, and V. Napadow, "Neuroimaging Acupuncture Effects in the Human Brain," Journal of Alternative and Complementary Medicine 13 (2007): 603-616; K. K. Hui, et al., "Acupuncture Modulates the Limbic System and Subcortical Gray Structures of the Human Brain: Evidence from fMRI Studies in Normal Subjects," Human Brain Mapping 9 (2000): 13-25.

M. Sack, J. W. Hopper, and F. Lamprecht, "Low Respiratory Sinus Arrhythmia and Prolonged Psychophysiological Arousal in Posttraumatic Stress Disorder: Heart Rate Dynamics and Individual Differences in Arousal Regulation," Biological Psychiatry 55, no. 3 (2004): 284-90. See also H. Cohen, et al., "Analysis of Heart Rate Variability in Posttraumatic Stress Disorder Patients in Response to a Trauma-Related Reminder," Biological Psychiatry 44, no. 10 (1998): 1054-59; H. Cohen, et al., "Long-Lasting Behavioral Effects of Juvenile Trauma in an Animal Model of PTSD Associated with a Failure of the Autonomic Nervous System to Recover," European Neuropsychopharmacology 17, no.

6 (2007): 464-77; and H. Wahbeh and B. S. Oken, "Peak High-Frequency HRV and Peak Alpha Frequency Higher in PTSD," Applied Psychophysiology and Biofeedback 38, no. 1 (2013): 57-69.

J. W. Hopper, et al., "Preliminary Evidence of Parasympathetic Influence on Basal Heart Rate in Posttraumatic Stress Disorder," Journal of Psychosomatic Research 60, no. 1 (2006): 83-90.

Arieh Shalev at Hadassah Medical School in Jerusalem and Roger Pitman's experiments at Harvard also pointed in this direction: A. Y. Shalev, et al., "Auditory Startle Response in Trauma Survivors with Posttraumatic Stress Disorder: A Prospective Study," American Journal of Psychiatry 157, no. 2 (2000): 255-61; R. K. Pitman, et al., "Psychophysiologic Assessment of Posttraumatic Stress Disorder Imagery in Vietnam Combat Veterans," Archives of General Psychiatry 44, no. 11 (1987): 970-75; A. Y. Shalev, et al., "A Prospective Study of Heart Rate Response Following Trauma and the Subsequent Development of Posttraumatic Stress Disorder," Archives of General Psychiatry 55, no. 6 (1998): 55359.

P. Lehrer, Y. Sasaki, and Y. Saito, "Zazen and Cardiac Variability," Psychosomatic Medicine 61, no. 6 (1999): 812-21. See also R. Sovik, "The Science of Breathing: The Yogic View," Progress in Brain Research 122 (1999): 491-505; P. Philippot, G. Chapelle, and S. Blairy, "Respiratory Feedback in the Generation of Emotion," Cognition & Emotion 16, no. 5 (2002): 605-627; A. Michalsen, et al., "Rapid Stress Reduction and Anxiolysis Among Distressed Women as a Consequence of a Three-Month Intensive Yoga Program," Medcal Science Monitor 11, no. 12 (2005): 555-61; G. Kirkwood et al., "Yoga for Anxiety: A Systematic Review of the Research Evidence," British Journal of Sports Medicine 39 (2005): 884-91; K. Pilkington, et al., "Yoga for Depression: The Research Evidence," Journal of Affective Disorders 89 (2005): 13-24; and P. Gerbarg and R. Brown, "Yoga: A Breath of Relief for Hurricane Katrina Refugees," Current Psychiatry 4 (2005): 55-67.

B. Cuthbert et al., "Strategies of Arousal Control: Biofeedback, Meditation, and Motivation," Journal of Experimental Psychology 110 (1981): 518-46. See also S. B. S. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention: A Bibliometric Analysis of Published Research Studies," Indian Journal of Physiology and Pharmacology 48 (2004): 269-85; M. M. Delmonte, "Meditation as a Clinical Intervention Strategy: A Brief Review," International Journal of Psychosomatics 33 (1986): 9-12; I. Becker, "Uses of Yoga in Psychiatry and Medicine," in Complementary and Alternative Medicine and Psychiatry, vol. 19, ed. P. R. Muskin PR (Washington: American Psychiatric Press, 2008); L. Bernardi, et al., "Slow Breathing Reduces Chemoreflex Response to Hypoxia and Hypercapnia, and Increases Baroreflex Sensitivity," Journal of Hypertension 19, no. 12 (2001): 2221-29; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part I: Neurophysiologic Model," Journal of Alternative and Complementary Medicine 11 (2005): 189201; R. P. Brown and P. L. Gerbarg, "Sudarshan Kriya Yogic Breathing in the Treatment of Stress, Anxiety, and Depression: Part II: Clinical Applications and Guidelines," Journal of Alternative and Complementary Medicine 11

(2005): 711-17; C. C. Streeter, et al., "Yoga Asana Sessions Increase Brain GABA Levels: A Pilot Study," Journal of Alternative and Complementary Medicine 13 (2007): 419-26; and C. C. Streeter, et al., "Effects of Yoga Versus Walking on Mood, Anxiety, and Brain GABA Levels: A Randomized Controlled MRS Study," Journal of Alternative and Complementary Medicine 16 (2010): 1145-52.

There are dozens of scientific articles showing the positive effect of yoga for various medical conditions. The following is a small sample: S. B. Khalsa, "Yoga as a Therapeutic Intervention"; P. Grossman, et al., "Mindfulness-Based Stress Reduction and Health Benefits: A Meta-Analysis," Journal of Psychosomatic Research 57 (2004): 35-43; K. Sherman, et al., "Comparing Yoga, Exercise, and a Self-Care Book for Chronic Low Back Pain: A Randomized, Controlled Trial," Annals of Internal Medicine 143 (2005): 849-56; K. A. Williams, et al., "Effect of Iyengar Yoga Therapy for Chronic Low Back Pain," Pain 115 (2005): 107-117; R. B. Saper, et al., "Yoga for Chronic Low Back Pain in a Predominantly Minority Population: A Pilot Randomized Controlled Trial," Alternative Therapies in Health and Medicine 15 (2009): 18-27; J. W. Carson, et al., "Yoga for Women with Metastatic Breast Cancer: Results from a Pilot Study," Journal of Pain and Symptom Management 33 (2007): 331-41.

B. A. van der Kolk, et al., "Yoga as an Adjunctive Therapy for PTSD," Journal of Clinical Psychiatry 75, no. 6 (June 2014): 559-65.

A California company, HeartMath, has developed nifty devices and computer games that are both fun and effective in helping people to achieve better HRV. To date nobody has studied whether simple devices such as those developed by HeartMath can reduce PTSD symptoms, but this very likely the case. (see in www.heartmath.org.)

As of this writing there are twenty-four apps available on iTunes that claim to be able to help increase HRV, such as emWave, HeartMath, and GPS4Soul.

B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," Annals of the New York Academy of Sciences 1071, no. 1 (2006): 277-93.

S. Telles, et al., "Alterations of Auditory Middle Latency Evoked Potentials During Yogic Consciously Regulated Breathing and Attentive State of Mind," International Journal of Psychophysiology 14, no. 3 (1993): 189-98. See also P. L. Gerbarg, "Yoga and NeuroPsychoanalysis," in Bodies in Treatment: The Unspoken Dimension, ed. Frances Sommer Anderson (New York, Analytic Press, 2008), 127-50.

D. Emerson and E. Hopper, Overcoming Trauma Through Yoga: Reclaiming Your Body (Berkeley, North Atlantic Books, 2011).

A. Damasio, The Feeling of What Happens: Body and Emotion in the Making of Consciousness (New York, Hartcourt, 1999).

"Interoception" is the scientific name for this basic self-sensing ability. Brain-imaging studies of traumatized people have repeatedly shown problems in the areas of the brain related to physical selfawareness, particularly an area called the insula. J. W. Hopper, et al., "Neural Correlates of Reexperiencing, Avoidance, and Dissociation in PTSD: Symptom Dimensions and Emotion Dysregulation in Responses to Script-Driven Trauma Imagery," Journal of Traumatic Stress 20, no. 5 (2007): 713-25. See also I. A. Strigo, et al., "Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence," Biological Psychiatry 68, no. 5 (2010): 442-50; G. A. Fonzo, et al., "Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with IntimatePartner Violence Posttraumatic Stress Disorder," Biological Psychiatry 68, no. 5 (2010): 433-41; P. A. Frewen, et al., "Social Emotions and Emotional Valence During Imagery in Women with PTSD: Affective and Neural Correlates," Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2, no. 2 (2010): 145-57; K. Felmingham, et al., "Dissociative Responses to Conscious and Non- conscious Fear Impact Underlying Brain Function in Posttraumatic Stress Disorder," Psychological Medicine 38, no. 12 (2008): 1771-80; A. N. Simmons, et al., "Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence," Biological Psychiatry 64, no. 8 (2008): 681-90;

R. J. L. Lindauer, et al., "Effects of Psychotherapy on Regional Cerebral Blood Flow During Trauma Imagery in Patients with Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Clinical Trial," Psychological Medicine 38, no. 4 (2008): 543-54 and A. Etkin and T. D. Wager, "Functional Neuroimaging of Anxiety: A Meta-Analysis of Emotional Processing in PTSD, Social Anxiety Disorder, and Specific Phobia," American Journal of Psychiatry 164, no. 10 (2007): 1476-88.

J. C. Nemiah and P. E. Sifneos, "Psychosomatic Illness: A Problem in Communication," Psychotherapy and Psychosomatics 18, no. 1-6 (1970): 154-60. See also G. J. Taylor, R. M. Bagby, and J. D. A. Parker, Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness (-Cambridge: Cambridge University Press, 1997).

A. R. Damasio, The Feeling of What Happens: Body and Emotion and the Making of Consciousness (Random House, 2000), 28.

B. A. van der Kolk, "Clinical Implications of Neuroscience Research in PTSD," Annals of the New York Academy of Sciences 1071, no. 1 (2006): 277-93. See also B. K. Holzel, et al., "How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action from a Conceptual and Neural Perspective," Perspectives on Psychological Science 6, no. 6 (2011): 537-59.

B. K. Holzel, et al., "Mindfulness Practice Leads to Increases in Regional Brain Gray Matter Density," Psychiatry Research: Neuroimaging 191, no. 1 (2011): 36-43. See also B. K. Holzel, et al., "Stress Reduction Correlates with Structural Changes in the Amygdala," Social Cognitive and Affective Neuroscience 5, no. 1 (2010): 11-17; and S. W. Lazar, et al., "Meditation Experience Is Associated with Increased Cortical Thickness," NeuroReport 16 (2005): 1893-97.

الفصل السابع عشر: تشبيك التروس المفصولة: قيادة الذات

R. A. Goulding and R. C. Schwartz, The Mosaic Mind: Empowering the Tormented Selves of Child Abuse Survivors (New York: Norton, 1995), 4.

J. G. Watkins and H. H. Watkins, Ego States (New York: Norton, 1997). Jung calls personality parts archetypes and complexes; cognitive psychology

schemes and the DID literature refers to them as alters. See also J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Theory and Practice of Ego State Therapy: A ShortTerm Therapeutic Approach," Short-Term Approaches to Psychotherapy 3 (1979): 176-220; J. G. Watkins and H. H. Watkins, "Ego States and Hidden Observers," Journal of Altered States of Consciousness 5, no. 1 (1979): 3-18; and C. G. Jung, Lectures: Psychology and Religion (New Haven CT: Yale University Press, 1960).

W. James, The Principles of Psychology (New York: Holt, 1890), 206.

C. Jung, Collected Works, vol. 9, The Archetypes and the Collective Unconscious (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1955/1968), 330.

C. Jung, Collected Works, vol. 10, Civilization in Transition (Princeton, NJ: Princeton University Press, 1957/1964), 540.

Ibid., 133.

M. S. Gazzaniga, The Social Brain: Discovering the Networks of the Mind (New York: Basic Books, 1985), 90.

Ibid., 356.

M, Minsky, The Society of Mind (New York: Simon & Schuster, 1988), 51.

Goulding and Schwartz, Mosaic Mind, p. 290.

O. van der Hart, E. R. Nijenhuis, and K. Steele, The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization (New York: WW Norton, 2006); R. P. Kluft, Shelter from the Storm (self-published, 2013).

R. Schwartz, Internal Family Systems Therapy (New York: Guilford Press, 1995).

Ibid., p. 34.

Ibid., p. 19.

Goulding and Schwartz, Mosaic Mind, 63.

J. G. Watkins, 1997, illustrates this as an example of personifying depression: "We need to know what the imaginal sense of the depression is and who, which character, suffers it."

Richard Schwartz, personal communication.

Goulding and Schwartz, Mosaic Mind, 33.

A. W. Evers, et al., "Tailored Cognitive-Behavioral Therapy in Early Rheumatoid Arthritis for Patients at Risk: A Randomized Controlled Trial," Pain 100, no. 1-2 (2002): 141-53; E. K. Pradhan, et al., "Effect of Mindfulness-Based Stress Reduction in Rheumatoid Arthritis Patients," Arthritis & Rheumatology 57, no. 7 (2007): p. 1134-42; J. M. Smyth, et al., "Effects of Writing About Stressful Experiences on Symptom Reduction in Patients with Asthma or Rheumatoid Arthritis: A Randomized Trial," JAMA 281, no. 14 (1999): 1304-9; L. Sharpe, et al., "Long-Term Efficacy of a Cognitive Behavioural Treatment from a Randomized Controlled Trial for Patients Recently Diagnosed with Rheumatoid Arthritis," Rheumatology (Oxford) 42, no. 3 (2003): 435-41; H. A. Zangi, et al., "A Mindfulness-Based Group Intervention to Reduce Psychological Distress and Fatigue in Patients with Inflammatory Rheumatic Joint Diseases: A Randomised Controlled Trial," Annals of the Rheumatic Diseases 71, no. 6 (2012): 911-17.

الفصل الثامن عشر: سد الفجوات: ابتكار الهياكل

Pesso Boyden System Psychomotor. See http://pbsp.com/.

D. Goleman, Social Intelligence: The New Science of Human Relationships (Random House Digital, 2006).

A. Pesso, "PBSP: Pesso Boyden System Psychomotor," in Getting in Touch: A Guide to BodyCentered Therapies, ed. S. Caldwell (Wheaton, IL: Theosophical Publishing House, 1997); A. Pesso, Movement in Psychotherapy: Psychomotor Techniques and Training (New York: New York University Press, 1969); A. Pesso, Experience in Action: A Psychomotor Psychology (New York: New York University Press, 1973); A. Pesso and J. Crandell, eds., Moving Psychotherapy: Theory and Application of Pesso System/Psychomotor (Cambridge, MA: Brookline

Books, 1991); M. Scarf, Secrets, Lies, and Betrayals (New York: Ballantine Books, 2005); M. van Attekum, Aan Den Lijve (Netherlands: Pearson Assessment, 2009); and A. Pesso, "The Externalized Realization of the Unconscious and the Corrective Experience," in Handbook of Body-Psychotherapy/ Handbuch der Korperpsychotherapie, ed. H. Weiss and G. Marlock (Stuttgart,Germany: Schattauer, 2006).

Luiz Pessoa, and Ralph Adolphs, "Emotion Processing and the Amygdala: from a 'Low Road' to 'Many Roads' of Evaluating Biological Significance." Nature Reviews Neuroscience 11, no. 11 (2010): 773-83.

الفصل التاسع عشر: إعادة تصميم الدوائر الدماغية: الارتجاع العصبي

H. H. Jasper, P. Solomon, and C. Bradley, "Electroencephalographic Analyses of Behavior Problem Children," American Journal of Psychiatry 95 (1938): 641-58; P. Solomon, H. H. Jasper, and C. Braley, "Studies in Behavior Problem Children," American Neurology and Psychiatry 38 (1937): 1350-51.

Martin Teicher at Harvard Medical School, has done extensive research that documents temporal lobe abnormalities in adults who were abused as children: M. H. Teicher et al., "The Neurobiological Consequences of Early Stress and Childhood Maltreatment," Neuroscience & Biobehavioral Reviews 27, no. 1-2) (2003): 33-44; M. H. Teicher et al., "Early Childhood Abuse and Limbic System Ratings in Adult Psychiatric Outpatients," Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences 5, no. 3 (1993): 301-6; M. H. Teicher, et al., "Sticks, Stones and Hurtful Words: Combined Effects of Childhood Maltreatment Matter Most," American Journal of Psychiatry (2012).

Sebern F. Fisher, Neurofeedback in the Treatment of Developmental Trauma: Calming the Fear-Driven Brain. (New York: Norton, 2014).

J. N. Demos, Getting Started with Neurofeedback (New York: WW Norton, 2005). See also R. J. Davidson, "Affective Style and Affective Disorders: Prospectives from Affective Neuroscience," Cognition and Emotion 12, no. 3 (1998): 307-30; and R. J. Davidson, et al., "Regional Brain Function, Emotion and Disorders of Emotion," Current Opinion in Neurobiology 9 (1999): 228-34.

J. Kamiya, "Conscious Control of Brain Waves," Psychology Today, April 1968, 56-60. See also D. P. Nowlis, and J. Kamiya, "The Control of Electroencephalographic Alpha Rhythms Through Auditory Feedback and the Associated Mental Activity," Psychophysiology 6, no. 4 (1970): 476-84 and D. Lantz and M. B. Sterman, "Neuropsychological Assessment of Subjects with Uncontrolled Epilepsy: Effects of EEG Feedback Training," Epilepsia 29, no. 2 (1988): 163-71.

M. B. Sterman, L. R. Macdonald, and R. K. Stone, "Biofeedback Training of the Sensorimotor Electroencephalogram Rhythm in Man: Effects on Epilepsy," Epilepsia 15, no. 3 (1974): 395-416. A recent meta-analysis of eighty-seven studies showed that neurofeedback led to a significant reduction in seizure frequency in approximately 80 percent of epileptics who received the training. Gabriel Tan, et al., "Meta-Analysis of EEG Biofeedback in Treating Epilepsy," Clinical EEG and Neuroscience 40, no. 3 (2009): 173-79.

This is part of the same circuit of self-awareness that I described in chapter 5. Alvaro Pascual-Leone has shown how, when one temporarily knocks out the area above the medial prefrontal cortex with transcranial magnetic stimulation (TMS), people can temporarily not identify whom they are looking at when they stare into the mirror. J. Pascual-Leone, "Mental Attention, Consciousness, and the Progressive Emergence of Wisdom," Journal of Adult Development 7, no. 4 (2000): 241-54.

http://www.eegspectrum.com/intro-to-neurofeedback/.

S. Rauch, et al., "Symptom Provocation Study Using Positron Emission Tomography and Script Driven Imagery," Archives of General Psychiatry 53 (1996): 380-87. Three other studies using a new way of imaging the brain, magnetoencephalography (MEG), showed that people with PTSD suffer from increased activation of the right temporal cortex: C. Catani, et al., "Pattern of Cortical Activation During Processing of Aversive Stimuli in Traumatized Survivors of War and Torture," European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 259, no. 6 (2009): 340-51; B. E.

Engdahl, et al., "Posttraumatic Stress Disorder: A Right Temporal Lobe Syndrome?" Journal of Neural Engineering 7, no. 6 (2010): 066005; A. P. Georgopoulos, et al., "The Synchronous Neural Interactions Test as a Functional Neuromarker for Posttraumatic Stress Disorder (PTSD): A Robust Classification Method Based on the Bootstrap," Journal of Neural Engineering 7. no. 1 (2010): 016011.

As measured on the Clinician Administered PTSD Scale (CAPS).

As measured by John Briere's Inventory of Altered Self-Capacities (IASC).

Posterior and central alpha rhythms are generated by thalamocortical networks; beta rhythms appear to be generated by local cortical networks; and the frontal midline theta rhythm (the only healthy theta rhythm in the human brain) is hypothetically generated by the septohippocampal neuronal network. For a recent review see J. Kropotov, Quantitative EEG, ERP's And Neurotherapy (Amsterdam: Elsevier, 2009).

H. Benson, "The Relaxation Response: Its Subjective and Objective Historical Precedents and Physiology," Trends in Neurosciences 6 (1983): 281-84.

Tobias Egner and John H. Gruzelier, "Ecological Validity of Neurofeedback: Modulation of Slow Wave EEG Enhances Musical Performance," Neuroreport 14 no. 9 (2003): 1221-4; David J. Vernon, "Can Neurofeedback Training Enhance Performance? An Evaluation of the Evidence with Implications for Future Research," Applied Psychophysiology and Biofeedback 30, no. 4 (2005): 34764.

"Vancouver Canucks Race to the Stanley CupIs It All in Their Minds?" Bio-Medical.com, June 2, 2011, http://bio-medical.com/news/2011/06/vancouver-canucks-race-to-the-stanley-cup-is-it-all-in- their-minds/.

M. Beauregard, Brain Wars (New York: Harper Collins, 2013), p. 33.

J. Gruzelier, T. Egner, and D. Vernon, "Validating the Efficacy of Neurofeedback for Optimising Performance," Progress in Brain Research 159 (2006): 421-31. See also D. Vernon and J. Gruzelier, "Electroencephalographic Biofeedback as a Mechanism to Alter Mood, Creativity and Artistic Performance," in Mind-Body and Relaxation Research Focus, ed. B. N. De Luca (New York: Nova Science, 2008), 149-64.

See, e.g., M. Arns, et al., "Efficacy of Neurofeedback Treatment in ADHD: The Effects on Inattention, Impulsivity and Hyperactivity: A Meta-Analysis," Clinical EEG and Neuroscience 40, no. 3 (2009): 180-89; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part I: Review of Methodological Issues," Applied Psychophysiology and Biofeedback 29, no. 2 (June 2004): 95-112; T. Rossiter, "The Effectiveness of Neurofeedback and Stimulant Drugs in Treating AD/HD: Part II: Replication," Applied Psychophysiology and Biofeedback 29, no. 4 (2004): 233-43; and L. M. Hirshberg, S. Chiu, and J. A. Frazier, "Emerging Brain-Based Interventions for Children and Adolescents: Overview and Clinical Perspective," Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 14, no. 1 (2005): 1-19.

For more on qEEG, see http://thebrainlabs.com/qeeg.shtml.

N. N. Boutros, M. Torello, and T. H. McGlashan, "Electrophysiological Aberrations in Borderline Personality Disorder: State of the Evidence," Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences 15 (2003): 145-54.

In chapter 17, we saw how essential it is to cultivate a state of steady, calm self-observation, which IFS calls a state of "being in self." Dick Schwartz claims that with persistence anybody can achieve such a state, and indeed, I have seen him help very traumatized people do precisely that. I am not that skilled, and many of my most severely traumatized patients become frantic or spaced out when we approach upsetting subjects. Others feel so chronically out of control that it is difficult to find any abiding sense of "self." In most psychiatric settings people with these problems are given

medications to stabilize them. Sometimes that works, but many patients lose their motivation and drive. In our randomized controlled study of neurofeedback, chronically traumatized patients had an approximately 30 percent reduction in PTSD symptoms and a significant improvement in measures of executive function and emotional control (van der Kolk et al., submitted 2014).

Traumatized kids with sensory-integration deficits need programs specifically developed for their needs. At present, the leaders of this effort are my Trauma Center colleague Elizabeth Warner and

Adele Diamond at the University of British Columbia.

R. J. Castillo, "Culture, Trance, and the Mind-Brain," Anthropology of Consciousness 6, no. 1 (March 1995): 17-34. See also B. Inglis, Trance: A Natural History of Altered States of Mind (London: Paladin, 1990); N. F. Graffin, W. J. Ray, and R. Lundy, "EEG Concomitants of Hypnosis and Hypnotic Susceptibility," Journal of Abnormal Psychology 104, no. 1 (1995): 123-31; D. L. Schacter, "EEG Theta Waves and Psychological Phenomena: A Review and Analysis," Biological Psychology 5, no. 1 (1977): 47-82; and M. E. Sabourin, et al., "EEG Correlates of Hypnotic Susceptibility and Hypnotic Trance: Spectral Analysis and Coherence," International Journal of Psychophysiology 10, no. 2 (1990): 125-42.

E. G. Peniston and P. J. Kulkosky, "Alpha-Theta Brainwave NeuroFeedback Therapy for Vietnam Veterans with Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder," Medical Psychotherapy 4 (1991): 4760.

T. M. Sokhadze, R. L. Cannon, and D. L. Trudeau, "EEG Biofeedback as a Treatment for Substance Use Disorders: Review, Rating of Efficacy and Recommendations for Further Research," Journal of Neurotherapy 12, no. 1 (2008): 5-43.

R. C. Kessler, "Posttraumatic Stress Disorder: The Burden to the Individual and to Society," Journal of Clinical Psychiatry 61, suppl. 5 (2000): 4-14. See

also R. Acierno, et al., "Risk Factors for Rape, Physical Assault, and Posttraumatic Stress Disorder in Women: Examination of Differential Multivariate Relationships," Journal of Anxiety Disorders 13, no. 6 (1999): 541-63; and H. D. Chilcoat and N. Breslau, "Investigations of Causal Pathways Between PTSD and Drug Use Disorders," Addictive Behaviors 23, no. 6 (1998): 827-40.

S. L. Fahrion et al., "Alterations in EEG Amplitude, Personality Factors, and Brain Electrical Mapping After Alpha-Theta Brainwave Training: A Controlled Case Study of an Alcoholic in Recovery," Alcoholism: Clinical and Experimental Research 16, no. 3 (June 1992): 547-52; R. J. Goldberg, J. C. Greenwood, and Z. Taintor, "Alpha Conditioning as an Adjunct Treatment for Drug Dependence: Part 1," International Journal of Addiction 11, no. 6 (1976): 1085-89; R. F. Kaplan, et al., "Power and Coherence Analysis of the EEG in Hospitalized Alcoholics and Nonalcoholic Controls," Journal of Studies on Alcohol 46 (1985): 122-27; Y. Lamontagne et al., "Alpha and EMG Feedback Training in the Prevention of Drug Abuse: A Controlled Study," Canadian Psychiatric Association Journal 22, no. 6 (October 1977): 301-10; Saxby and E. G. Peniston, "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback Training: An Effective Treatment for Male and Female Alcoholics with Depressive Symptoms," Journal of Clinical Psychology 51, no. 5 (1995): 685-93; W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population," American Journal Drug and Alcohol Abuse 31, no. 3 (2005): 455-69; and D. L. Trudeau, "Applicability of Brain Wave Biofeedback to Substance Use Disorder in Adolescents," Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America 14, no. 1 (January 2005): 125-36.

E. G. Peniston, "EMG Biofeedback-Assisted Desensitization Treatment for Vietnam Combat Veterans Posttraumatic Stress Disorder," Clinical Biofeedback and Health 9 (1986): 35-41.

Eugene G. Peniston, and Paul J. Kulkosky. "Alpha-Theta Brainwave Neurofeedback for Vietnam Veterans with Combat-Related PostTraumatic Stress Disorder." Medical Psychotherapy 4, no. 1 (1991): 47-60.

Similar results were reported by another group seven years later: W. C. Scott, et al., "Effects of an EEG Biofeedback Protocol on a Mixed Substance Abusing Population," American Journal of Drug and Alcohol Abuse 31, no. 3 (2005): 455-69.

D. L. Trudeau, T. M. Sokhadze, and R. L. Cannon, "Neurofeedback in Alcohol and Drug Dependency," in Introduction to Quantitative EEG and Neurofeedback: Advanced Theory and Applications, ed. T. Budzynski, et al. Amsterdam, Elsevier, (1999) pp. 241-68; F. D. Arani, R. Rostami, and M. Nostratabadi, "Effectiveness of Neurofeedback Training as a Treatment for OpioidDependent Patients," Clinical EEG and Neuroscience 41, no. 3 (2010): 170-77; F. Dehghani-Arani, R. Rostami, and H. Nadali, "Neurofeedback Training for Opiate Addiction: Improvement of Mental

Health and Craving," Applied Psychophysiology and Biofeedback, 38, no. 2 (2013): 133-41; J. Luigjes, et al., "Neuromodulation as an Intervention for Addiction: Overview and Future Prospects," Tijdschrift voor psychiatrie 55, no. 11 (2012): 841-52.

S. Othmer, "Remediating PTSD with Neurofeedback," October 11, 2011, http://hannokirk.com/files/Remediating-PTSD_10-01-11.pdf.

F. H. Duffy, "The State of EEG Biofeedback Therapy (EEG Operant Conditioning) in 2000: An Editor's Opinion," an editorial in Clinical Electroencephalography 31, no. 1 (2000): v-viii.

Thomas R. Insel, "Faulty Circuits," Scientific American 302, no. 4 (2010): 44-51.

T. Insel, "Transforming Diagnosis," National Insitute of Mental Health, Director's Blog, April 29, 2013, http://www.nimh.nih.gov/about/director/2013/transforming-diagnosis.shtml.

36 Joshua W. Buckholtz and Andreas Meyer-Lindenberg, "Psychopathology and the Human Connectome: Toward a Transdiagnostic Model of Risk For Mental Illness," Neuron 74, no. 4 (2012): 990-1004.

F. Collins, "The Symphony Inside Your Brain," NIH Director's Blog, November 5, 2012, http://directorsblog.nih.gov/2012/11/05/the-symphony-inside-your-brain/.

F. Butterfield, "David Mamet Lends a Hand to Homeless Vietnam Veterans," New York Times, October 10, 1998. For more on the new shelter, see http://www.nechv.org/historyatnechv.html.

P. Healy, "The Anguish of War for Today's Soldiers, Explored by Sophocles," New York Times, November 11, 2009. For more on Doerries's project, see http://www.outsidethewirellc.com/projects/theater-of-war/overview.

Sara Krulwich, "The Theater of War," New York Times, November 11, 2009.

W. H. McNeill, Keeping Together in Time: Dance and Drill in Human History (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1997).

Plutarch, Lives, vol. 1 (Digireads.com, 2009), 58.

M. Z. Seitz, "The Singing Revolution," New York Times, December 14, 2007.

For more on Urban Improv, see http://www.urbanimprov.org/.

The Trauma Center Web site, offers a full-scale downloadable curriculum for a fourth-grade Urban Improv program that can be run by teachers nationwide. http://www.traumacenter.org/initiatives/psychosocial.php.

For more on the Possibility Project, see http://the-possibility-project.org/.

For more on Shakespeare in the Courts, see http://www.shakespeare.org/education/for- youth/shakespeare-courts/.

C. Kisiel, et al., "Evaluation of a Theater-Based Youth Violence Prevention Program for Elementary School Children," Journal of School Violence 5, no. 2 (2006): 19-36.

The Urban Improv and Trauma Center leaders were Amie Alley, PhD, Margaret Blaustein, PhD, Toby Dewey, MA, Ron Jones, Merle Perkins, Kevin Smith, Faith Soloway, Joseph Spinazzola, PhD.

H. Epstein and T. Packer, The Shakespeare & Company Actor Training Experience (Lenox MA, Plunkett Lake Press, 2007); H. Epstein, Tina Packer Builds a Theater (Lenox, MA: Plunkett Lake Press, 2010).